

目黒区高齢者定期予防接種予診票 転送申請書

接種を受けるかた	ふりがな 氏 名		生 年 月 日
			年 月 日
転 送 先	住 所	〒 - 目黒区 電話番号	
	宛 名		
	電話番号		
転送希望年度 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 今年度分から <input type="checkbox"/> 来年度分から 転送希望 (解除のお申し出がなければご希望の年度以降転送され続けます。)		
転 送 先 と 接種を受けるかた と の 関 係	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> 親戚 () <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備 考			

申請者及び接種を受けるかたの氏名・住所を確認できる書類の写し※を添えて、上記のとおり『目黒区高齢者定期予防接種予診票』の転送を申請します。

年 月 日

目 黒 区 長 あて

◇申請者 氏 名 _____
住 所 _____

◇申請者と接種を受けるかたとの関係

(本人・子・兄弟姉妹・甥姪・成年後見人・保佐人・
施設職員・その他 ())

※マイナンバーカード（表面のみ）、資格確認書（健康保険証）、運転免許証 等の写しに加え、成年後見人や保佐人が申請する場合は登記事項証明書の写し、施設職員が申請する場合は職員証または在籍証明書の写し

※資格確認書（健康保険証）の写しを添付する場合は、被保険者記号・番号等にマスキング（目隠し）処理をしてください。また、現住所の記載が裏面にある場合は、裏面の写しも添付してください。