

予防接種予診票等転送(変更・停止)届

年 月 日

以下のいずれかに○をつけてください。

- 1 住民登録地以外へ転送を希望する方
- 2 転送先住所の変更を希望する方
- 3 今後接種予診票の郵送を希望しない方

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|------|--------------|
| 接種対象者 | 住所 | 荒川区 荒川 2 丁目 11 番 1 - 101号 | | | |
| | | TEL 080(1111)2222 | | | |
| ※予防接種を受ける方 | 氏名 | カガナ ニホン タロウ | 男 | 生年月日 | 明治 20年 1月 1日 |
| | | 日本 太郎 | 女 | | 昭和 |
| 転送(変更・停止)理由 <small>※該当するものにチェック</small> | <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 認知症等により郵便物管理不可 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 成年後見人決定 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 転送期間 | 2025年 10月 12日 から 2026年 3月 31日 まで | | | | |
| 転送先 | 住所 | 〒△△△-△△△△ 東京都〇〇区〇〇1丁目1番1号 | | | |
| | 氏名・名称 | 養護老人施設 ○の里 ○〇 担当 ○〇 | | | |
| | <small>※施設・病院等の場合は担当部署と担当者名も記入してください。</small> 被接種者との関係 施設職員 TEL 03 (3333)4444 | | | | |
| 申請者 | 氏名 | 日本 花子 | | | |
| | 住所 | 〇〇県〇〇市 2丁目 2番 2- 202号 | | | |
| | | 被接種者との関係 娘 TEL 080(5555)6666 | | | |

転送終了日が未定の場合は、空欄のままです。

方書等がある場合は、ご記入ください。

(※)被接種者と申請者(本人以外が申請する場合)の本人確認書類を添付してください。

- 被接種者：保険証、免許証、パスポート、マイナンバーの顔写真側表面等
- 申請者：(病院や施設職員等)入院・施設先の職員証
(成年後見人等)登記事項証明書等
(親族等)保険証、免許証、パスポート、マイナンバーの顔写真側表面等
- 全員：転送先が入院先や施設等の場合は被接種者が施設に滞在していることを証明する書類(在籍証明書等)

※この書類で転送できるのは、予防接種に関する書類のみです。
 予防接種に関する書類以外は転送されませんのでご注意ください。
 23区外にも転送は可能ですが、東京23区外で接種した場合の費用助成については別途手続きが必要です。