

## 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 丁目 番 号 |     |      |                |
| ※予防接種を受ける方                  | 氏名                                                                                                                                                                                                     | カガナ        | 男・女 | 生年月日 | 明治 大正 昭和 年 月 日 |
| 転送(変更・停止)理由<br>※該当するものにチェック | <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |            |     |      |                |
| 転送期間                        | 年 月 日 から 年 月 日 まで                                                                                                                                                                                      |            |     |      |                |
| 転送先                         | 住所 〒<br>氏名・名称 担当<br>※市町村・施設・病院の場合は担当部署と担当者名も記入してください。<br>被接種者との関係<br>TEL ( )                                                                                                                           |            |     |      |                |

|     |                                        |
|-----|----------------------------------------|
| 申請者 | 氏名<br>住所 丁目 番 号<br>被接種者との関係<br>TEL ( ) |
|-----|----------------------------------------|

(※)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)①入院・施設先の職員証②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)  
(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

※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。