

年 月 日

(宛先)中央区長

予防接種予診票等送付先変更・送付停止申請書

中央区に住所がある間の予診票の送付について以下のとおり申請をします。

| | | |
|------|--------------------------------|---|
| 申請内容 | <input type="checkbox"/> 送付先変更 | <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除(住民票上の住所に送付) |
| | <input type="checkbox"/> 送付停止 | <input type="checkbox"/> 送付停止を解除 |

※中央区外に転出した場合は、転出先の自治体にご申請ください。

| | | | | |
|-----------------------|--|-----|---------|---|
| 対象者 | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 電話番号 | () | | |
| ※申請者(保護者)と対象者(同居)とは記入 | ふりがな | | 対象者との続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | () | | |
| 申請理由 | | | | |
| 変更等の期間 | 年 月 日 から 年 月 日 (終了日が未定の場合ご記入は不要ですが、対応が不要となった場合は解除の届出をしてください) | | | |
| 添付書類 | 以下の書類を添付してください。 ①母子健康手帳の保護者・出生届済証明のページの写し(被接種者が16歳未満の場合は必須) ②対象者本人の本人確認書類の写し ③申請者(保護者)の本人確認書類の写し ④病院・施設・関係機関職員等であることがわかる職員証等(申請者が病院・施設・関係機関職員等の場合のみ) | | | |
| 変更後送付先 ※送付先変更のみ記入 | 〒 (様方 ※申請者の名前と表札が異なる場合はご記入ください。) | | | |
| 備考 | | | | |

職員使用欄

【住民確認】 母子手帳 システム その他

担当者氏名