

目黒区高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種予診票
転送申請書

ふりがな 被接種者氏名			生年月日	性別
			年 月 日	男・女
住 所		〒 - 目黒区 電話番号		
転送先	住 所	〒 -		
	宛 名			
	電話番号			
転送希望年度 (どちらかに✓)		☐ 今年度分から ☐ 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。)		
希望する予診票 の種類		☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナワクチン (両方を希望する場合は、どちらも✓してください。)		
転送先と 被接種者 との関係		☐ 子 ☐ 兄 ☐ 姉 ☐ 弟 ☐ 妹 ☐ 親戚 () ☐ 成年後見人 ☐ 入所施設 ☐ その他 ()		
備 考				

申請者の氏名・住所を確認できる書類※を添えて、上記のとおり『目黒区高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種予診票』の転送を申請します。

※マイナンバーカード、健康保険証、運転免許証、登記事項証明書等のコピー

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)処理をして下さい。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。

年 月 日

目 黒 区 長 あて

◇申請者 氏 名 _____
住 所 _____

◇申請者と被接種者との関係 (○をしてください)
 (本人・子・甥姪・兄弟姉妹・施設職員・後見人・
 その他 ())