

新型コロナウイルスワクチン接種券 送付先変更申請書

みやま市長 様

申請日 令和 年 月 日

新型コロナウイルスワクチン接種券について、下記のとおり送付先の変更を申し出ます。

申請者	フリガナ		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
	氏名	Ⓜ	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他()	
	住所	〒 電話番号			

*申請者が送付対象者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

送付対象者	フリガナ		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
	氏名	Ⓜ			
	住所	〒 電話番号			

変更先 (下記のいずれかに を入れてください)

<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
<input type="checkbox"/> その他(申請者以外の住所へ送付する場合)			
フリガナ		対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他()
宛名(受取人)			
住所	〒 電話番号		

■重要事項

- 既に送付が完了している場合は、ご了承ください。
- 送付先を再び変更される場合は、再度申出書の提出が必要です。
- 受け取った書類の取り扱いには十分注意してください。
- 解除の申出がない場合でも、送付先住所の管理上、登録を解除する場合があります。(配達できず郵便の還付を受けた場合、連絡が取れなくなった場合等)
- 複数の送付先変更申出書が提出された場合、直近で受理された届出を有効とします。

送付先登録日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 登録	受付印
備考		受付者	
申請者確認	<input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯(委任状) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 他()		