

接種券送付先変更申請における注意事項

新型コロナウイルスワクチン接種に必要な接種券については、原則住民票所在地に対して発送することとされておりますが、本市においては、病院入院中であるなど住民票所在地で接種券の受取が困難な場合に限り、送付先変更を承ります。

送付先変更を希望される方については、下記の内容をよくお読みいただき、申請手続きを進めてください。

なお、申請理由が送付先変更理由として不十分であると判断される場合については送付先変更をお断りする場合がございます。

記

1 申請対象者

- ・病院入院中の方
- ・施設入所中の方
- ・単身赴任者
- ・遠隔地へ下宿中の学生
- ・里帰り出産による帰省
- ・その他送付先を住民票所在地以外に変更することが妥当であると認められる場合

2 申請書類

項目		A：本人申請の場合 B：本人以外のご家族からの代理申請の場合 C：成年後見人からの代理申請の場合			
		A	B	C	備考
①	接種券送付先変更申請書 (新型コロナウイルス ワクチン接種)	○	○	○	
②	本人確認書類	○	○	○	運転免許証・健康保険証等
③	委任状	×	○	×	申請者以外が申請を行う場合
④	登記事項証明書	×	×	○	成年後見人による申請の場合

○：必須書類

△：場合によっては必要

×：不要

3 申請方法

申請方法	詳細	
(1)窓口申請	場所	瀬戸市役所 1 階 新型コロナワクチン総合窓口 (国保年金課前)
	受付時間	平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
(2)郵送申請	申請先	〒489-0919 瀬戸市川端町 1 丁目 31 番地やすらぎ会館 4 階 瀬戸市健康福祉部健康課
(3)電話申請	ご本人確認が困難であることから対応しておりません。	

4 その他

接種券送付先変更申請については、申請日時点で送付予定のある接種券に限り送付先変更を行うものです。

すでに接種券が住民票所在地に送付されている方が、送付先変更を希望される場合は、本申請ではなく「接種券再発行申請書」に希望する送付先を記載していただき申請してください。

■ 問い合わせ先 ■

瀬戸市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター
電話 0561-56-0200

※ワクチン接種予約等による混雑時には、電話が繋がりにくくなる場合がございます。このような場合は時間をずらして再度お問い合わせいただく等、ご協力ください。

接種券送付先変更申請書（新型コロナウイルスワクチン接種）

令和 年 月 日

瀬戸市長 宛

申請者 ^{ふりがな} 氏名 _____

住所 _____ 瀬戸市

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族 その他（ ）

住民票所在地では接種券の受取が困難であるため、下記のとおり、接種券送付先変更申請書を提出いたします。

（※本申請は、申請日時点で送付予定の接種券に限り送付先変更を行うものです。）

被 接 種 者	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 瀬戸市
	居住先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
	生年月日（西暦）	年	月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 病院入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 単身赴任者 <input type="checkbox"/> 遠隔地へ下宿中の学生 <input type="checkbox"/> 里帰り出産による帰省等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先住所	〒		

※処理欄

申請者 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 日本国旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他写真が貼付された官公署の発行する証明書（ ）								
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳（基礎年金番号通知書） <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
接種券番号（10桁）									
受付担当者					承認担当者				

No. _____

委任状

*この用紙は全て委任者が記入してください。そうでない場合は無効です。

瀬戸市長あて

令和 年 月 日

◆代理人（窓口に来るかた）

*代理人事項も委任者が必ず記入すること

住所 _____

名前 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生まれ

◆会社名等（法人が代理人となる場合に記入）

- ・社名
- ・会社所在地
- ・代表者名 を右に記入

上記の者を代理人として、下記の事項の申請権限を委任します。

◆委任する内容

（委任する内容の書かれていない白紙の委任状は無効）

◆委任者

（代理人に委任した方）

住所 _____

名前 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日 生まれ