

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