

新型コロナウイルスワクチン接種券送付先変更申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 殿

下記理由により、送付先を変更したいので、申請します。

申請者	住所	〒	
	フリガナ氏名		
	電話番号		
申請理由		被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()
被接種者 ※住民票所在地の住所を記載する。	住所	〒	番号
		薩摩川内市	町 番地
	フリガナ氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日
	電話番号		
送付先	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	

※注意事項

申請者及び被接種者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、健康保険証、国民年金手帳、介護保険証、公的機関が発行した資格証明書（写真付き）等）を提示してください。郵送で申請される場合は、写しを必ず添付してください。

すでに接種券を発送している場合、送付先の変更はできません。