定期予防接種自己負担金免除対象者の確認申請における送付先の変更届

（宛先）川崎市長

年　　月　　日

申請者	フリガナ		
	氏　　名		
	住民登録地		
	電話番号		
	予防接種を受ける者との続柄		**※同居の親族以外の場合は、委任状が必要です。**

年　　月　　日付けで行った定期予防接種自己負担金免除対象者の確認申請について、次のとおり書類送付先の変更を届け出ます。

対象者 （接種を受ける方）	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住民登録地	※申請者と異なる場合のみ記入

書類送付先	〒（　　－　　） 方書（　　）様方

変更理由 **１．施設入所中のため** **２．その他（　　）**

※この書類には、必ず申請者の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）のコピーを添付してください。