

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 市・町・村長宛

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄  本人  同居の親族

その他（ ）

\_\_\_\_\_ 市・町・村において、予防接種を受けたいので、下記のとおり、住所地外接種届を提出いたします。

|                  |           |   |   |   |  |  |  |   |  |  |
|------------------|-----------|---|---|---|--|--|--|---|--|--|
| 被<br>接<br>種<br>者 | ふりがな      |   |   |   |  |  |  |   |  |  |
|                  | 氏名        | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ   |   |   |  |  |  |   |  |  |
|                  | 住民票に記載の住所 | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ   | 〒 |   |  |  |  |   |  |  |
|                  | 居住先住所     | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ   | 〒 |   |  |  |  |   |  |  |
|                  | 生年月日      |   |   | 年 |  |  |  | 月 |  |  |
| 接種券番号（10桁）       |           |   |   |   |  |  |  |   |  |  |
| 接種状況             |           | <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種  |   |   |  |  |  |   |  |  |
| 届出理由             |           | <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<br><input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情があり住民票所在地外に居住している<br>（ ） |   |   |  |  |  |   |  |  |
| 送付先住所            |           | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ   | 〒 |   |  |  |  |   |  |  |