

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 接 種 者	ふりがな											
	氏名	☐ 申請者 と同じ										
	住民票に記載の住所	☐ 申請者 と同じ	〒									
	居住先住所	☐ 申請者 と同じ	〒									
	生年月日	年 月 日										
接種券番号（10桁）												
接種状況		☐ 未接種 ☐ 1回接種										
届出理由		☐ 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等 ☐ 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 ()										
送付先住所		☐ 申請者 と同じ	〒									