

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

いの町長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____
〒 _____

ふりがな 住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族
 その他（ ）

いの町において、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。

用途	<input type="checkbox"/> 初回接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種用 <input type="checkbox"/> 5回目接種用 <input type="checkbox"/> 6回目接種用 <input type="checkbox"/> 7回目接種用		
被 接 種 者	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	ふりがな		
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____
	居住先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____
生年月日	T・S・H 年 月 日	性別	男 ・ 女
接種券番号（10桁）	_____		
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> 4回接種 <input type="checkbox"/> 5回接種 <input type="checkbox"/> 6回接種 接種日（ 年 月 日）		
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 <input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関で接種（医療機関名 _____） <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 （ _____ ）		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____	