

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

東かがわ市長宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住民票記載の住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族
その他（ _____ ）

東かがわ市において、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	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ								
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ								
	居住先住所（送付先）	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒							
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日					
接種券番号（10桁）										
接種状況／用途		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 初回接種（1、2回目接種）用 <input type="checkbox"/> 1回目接種済み <input type="checkbox"/> 2回目接種済み <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種済み <input type="checkbox"/> 4回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種済み <input type="checkbox"/> 5回目接種用 <input type="checkbox"/> 5回目接種済み <input type="checkbox"/> 6回目接種用								
届出理由		<input type="checkbox"/> 単身赴任者 <input type="checkbox"/> 親族の介護 <input type="checkbox"/> 里帰り出産による帰省等 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情がある （ _____ ）								

※届け出の際は、被接種者の新型コロナウイルスワクチン接種券の写しを添付してください。

※申請者の本人確認できる書類を提示してください。

市記入欄

申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
添付書類	<input type="checkbox"/> 接種券 <input type="checkbox"/> 予防接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録証 <input type="checkbox"/> 接種証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
備考	