

住所地外接種届(新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

白杵市長 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()

白杵市において、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	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒									
	生年月日							年		月		日
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 <input type="checkbox"/> DV・ストーカー行為等の被害者 <input type="checkbox"/> 災害による被害者(避難者) <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・宛名		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒									
		(続柄)										

受付日 年 月 日

【申請者本人確認書類】

- 免許証 健康保険証 住基カード
マイナンバー 旅券 その他