

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

福智町長 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（ ）

福智町において、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。

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------|---|---|---|--|---|--|---|--|--|
| 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"/> 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 | 〒 | | | | | | | |
| 申請者確認書類 | | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診療依頼書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 住所地の接種券（必須） | | | | | | | | |

| | | |
|-------|-----------------|--------|
| 受付対応者 | 住所地外接種届出済証交付対応者 | 交付・郵送日 |
| | | |