

住所地外接種届 (新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

坂城町長宛

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 ()

坂城町において、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	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)								
接種券番号 (10桁)										
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 (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"/> 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	〒								

※町記入

申請受付番号	住所地外—	申請受付日	令和 年 月 日
住民票所在地の市町村		届出済証発行日	令和 年 月 日