住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和　　年　　月　　日

大井町子育て健康課　宛

申請者

〒

住所

電話番号

被接種者との関係　　□本人　　　□同居の親族

□代理人（　　　　　　）

大井町において、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 | □申請者  と同じ | |  | | | | | | | | |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  と同じ | | 〒 | | | | | | | | |
| 居住先住所  ※住所地外接種届出済証の送付先 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 接種券番号（10桁） | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 接種状況 | | □未接種　□１回接種　□２回接種 | | | | | | | | | | |
| 届出理由 | | □単身赴任者　□遠隔地へ下宿中の学生　□里帰り出産による帰省等  □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

※居住先住所以外へ住所地外接種届出済証の送付を希望される場合は下記に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先住所 | 〒 |

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

記載例

令和　３年　５月　19日

大井町子育て健康課　宛

申請者

〒000-0000

住所　　　　東京都足立区〇〇町〇-〇

住民票に登録されている住所を記載してください

電話番号　　000-000-0000

レ

被接種者との関係　　□本人　　　□同居の親族

□代理人（　　　　　　）

大井町において、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 | □申請者  レ  と同じ | | ご本人申請の場合は「申請者と同じ」にチェックしてください | | | | | | | | |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  レ  と同じ | | 〒 | | | | | | | | |
| 居住先住所  ※住所地外接種届出済証の送付先 | 〒258-8501  足柄上郡大井町金子1995 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　　36年　　　　　　1月　　　　　　1日 | | | | | | | | | | |
| 接種券番号（10桁） | | 0  レ | 0 | | 0 | 0 | 0  住民票所在地の自治体より発行された接種券の番号を記載してください | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 接種状況 | | □未接種　□１回接種　□２回接種  レ | | | | | | | | | | |
| 届出理由 | | □単身赴任者　□遠隔地へ下宿中の学生　□里帰り出産による帰省等  □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

※居住先住所以外へ住所地外接種届出済証の送付を希望される場合は下記に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先住所 | 〒  接種券送付先を居住先住所から変更しない場合は記載の必要はありません |