

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

高根沢町長 宛

ふりがな

申請者 氏 名 _____

〒

住民票記載住所 _____

電 話 番 号 _____

被接種者との関係 本人 同居の親族

代理人（ _____ ）

高根沢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 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 ※接種したことが確認できる書類（接種済証等）の写しを本申請書に添付してください。添付がない場合は、受付できません。								
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 （ _____ ） <input type="checkbox"/> かかりつけ医での接種（医療機関名： _____ ） ※かかりつけ医での接種の場合、予約できるのは当該医療機関のみとなります。								