

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 3年〇〇月〇〇日

みよし市長宛

申請者 ふりがな 氏名

よこはま はなこ
みよし 花子

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住民票に登録されている住所を記載してください

住所

神奈川県〇〇区〇〇町〇-〇

電話番号

000-000-0000

被接種者との関係

本人

同居の親族

代理人（ ）

みよし市において、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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	〒470-0224 みよし市三好町小坂 50 番地									
	生年月日	明治・大正・ 昭和 ・平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日						
接種券番号（10桁）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
接種状況	<input checked="" type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種	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									
届出理由	<input checked="" 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	〒	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									