

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

大台町長 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（ ）

大台町において、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		
接種券番号（10桁）										
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> _____ 回接種済									
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	〒								

※住所地外接種を希望される方の「接種券（またはその写し）」と「住所・氏名の記載がある本人確認書類（免許証や健康保険証）の写し」を必ず同封してください。届出人が代理人である場合は、「代理人の本人確認書類の写し」も必要です。