

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

一宮市長宛

ふりがな  
申請者 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（ ）

一宮市において、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。

以下、申請者と同じ情報は、にチェックを入れることで省略できます。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	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	
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	〒