

住所地外接種届（新型コロナワクチン接種）

令和 年 月 日

（あて先）一宮市長

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)			
接種回数			<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済
接種状況	1回目	接種日（ 年 月 日）	ワクチンの種類（ ）
	2回目	接種日（ 年 月 日）	ワクチンの種類（ ）
	3回目	接種日（ 年 月 日）	ワクチンの種類（ ）
4回目接種			<input type="checkbox"/> 基礎疾患等有 ※18～59歳で基礎疾患がない、または医師が認め <input type="checkbox"/> 60歳以上 ていない方は4回目接種を受けられません。
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 （ ）
送付先住所			<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ 〒