

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

大竹市長宛

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（ ）

大竹市において、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 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"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2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 （ ）									
添付書類	<input type="checkbox"/> 接種券の写し <input type="checkbox"/> 本人確認書類（運転免許証またはマイナンバーカード等）の写し									
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒								

《市記入欄》

◆ 届出受付（ 窓口 ・ 郵送 ） ※いずれかに○してください。

◆ 提出書類	
<input type="checkbox"/>	住所地外接種届（記入漏れがないかの確認）
<input type="checkbox"/>	住所地の接種券⑤
<input type="checkbox"/>	本人確認書類⑤
<input type="checkbox"/>	代理人が申請者となる場合のみ 代理人の本人確認書類⑤

課長	係長	受付者	確認者	交付者
交付（発送日）		年 月 日		
システム登録		要（ / 済 ） ・ 不要		

受 付 印