

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

川 本 町 長 様

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（ ）

川 本 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。

用途	<input type="checkbox"/> 初回接種（1、2回目接種）用 <input type="checkbox"/> 追加接種（3回目接種以降）用	
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 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 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> 4回接種 <input type="checkbox"/> 5回接種 <input type="checkbox"/> 6回接種 <input type="checkbox"/> 7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	〒

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症） 記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

川 本 町 長 様

申請者 ふりがな 川 本 太 郎

住所 東京都千代田区〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

被接種者との続柄 本人 同居の親族
 その他（ ）

川 本 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。

用途	<input type="checkbox"/> 初回接種（1、2回目接種）用 <input checked="" type="checkbox"/> 追加接種（3回目接種）用	
被 接 種 者	ふりがな	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ
	住民票に記載の住所	<input checked="" 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	昭和 〇 〇 年 〇 月 〇 日
接種券番号（10桁）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> 4回接種 <input type="checkbox"/> 5回接種 <input checked="" type="checkbox"/> 6回接種 <input type="checkbox"/> 7回接種	
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	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 居住先住所と同じ