

住所地外接種届(新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

大村市長宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 大村市 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族 その他（ ）

大村市において、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。

用 途	<input type="checkbox"/> 初回接種（1、2回目接種）用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種用		
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	〒856- 大村市
	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		
届出理由	<input type="checkbox"/> 仕事の都合（単身赴任等） <input type="checkbox"/> 下宿中（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において接種を受けることができない 理由：（ ）		
送付先住所 （原則、居住先住所）	<input type="checkbox"/> 被接種者の 居住先住所と同じ	〒	

【添付書類】

- 本人確認書類の写し（運転免許証、保険証、マイナンバーカード等）
※代理人が申請する場合は、本人確認書類に加えて代理人の身分証明書の写しも必要
- 住民登録自治体が発行する接種券の写し