

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

知立市長宛

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（ ）

知立市において、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 日	
接種券番号（10桁）			
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済（追加（3回目）接種用）		
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	〒	

※送付先が家族・施設あての場合、申請者及び被接種者の本人確認書類（運転免許証、健康保険証、マイナンバー等の写し）を添付してください。