

住所地外接種届（新型コロナワクチン感染症）

令和 年 月 日

長久手市長 殿

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 同居の家族
その他（ ）

長久手市において、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				
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1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	〒	

添付 クーポン券（接種券）の写し