※該当する□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。また、郵送かFAXでの申請の場合は、住民票のある市町村から届いている「接種券」の写しを添付してください。

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 　　年　　月　　日

三春町長　様

申請者

 住所

 電話番号

 被接種者との続柄　　□本人　□同居の親族

□その他（　　　　）

三春町において、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  |
| 氏　　名 | □申請者と同じ |  |
| 住民票に記載の住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 居住先住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 生年月日（西暦） | 年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 |
| 接種券番号（10桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 接種状況 | □未接種　□１回接種済　□２回接種済（２回目接種の年月日：　　　　年　　　　月　　　　日） |
| 届出理由 | □単身赴任者　□遠隔地へ下宿中の学生　□里帰り出産による帰省等□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 「届出済証」送付先住所 | □申請者と同じ | 〒 |