

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

袋井市長 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（ ）

袋井市において、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	※ 必ず記入								
	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	大正・昭和・平成・令和		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								
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 （事情： ）								
送付先住所		<input type="checkbox"/> 居住先 住所と同じ	〒							
使用目的 （どちらかを選択）		<input type="checkbox"/> 1・2回目接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用（2回目接種済の場合のみ可） <input type="checkbox"/> 4回目接種用（3回目接種済の場合のみ可） <input type="checkbox"/> 5回目接種用（4回目接種済の場合のみ可）								

この届に以下のものを添付し、健康づくり課に郵送又は持参してください。

- ・接種券の写し（コピー）
- ・送付住所を記載した返信用封筒（定型、切手は不要）
- ・接種済証の写し（コピー）【接種済の場合のみ】