

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

三浦市長

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（ ）

三浦市において、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 <input type="checkbox"/> 5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	〒															
	生年月日	年		月			日											
接種券番号（10桁）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済 <input type="checkbox"/> 4回接種済 最後に接種した日： 年 月 日（社製）																	
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	〒																

課 長	GL・主査	課 員	起 案	令和 年 月 日
			決 裁	令和 年 月 日
			交付年月日	令和 年 月 日

※添付書類 接種券の写し（接種券番号と前回接種日が見えるもの）。

ご本人以外の方が届出する場合は、届出する方のご本人確認書類の写し。