

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

六戸町長宛

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（ ）

六戸町において、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 | <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 | | |
| 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 | 〒 | |