

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

神栖市長 宛

申請者 ふりがな

氏 名

住民票に  
記載の住所

電話番号

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他（ ）

神栖市において、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	西 暦	年	月	日					
接種券番号（10桁）										
接種状況	※予防接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを提出する方は、記入不要です。 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 前回接種（接種年月日：令和 年 月 日） （接種回数： 回）									
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 ※詳細を記入 （ ）									
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒								

受付日： 年 月 日

## 【本人確認書類】

免許証 健康保険証

その他（ ）