

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

西伊豆町長宛

申請者 ^{ふりがな} 氏名 _____

〒

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との関係 本人 同居の親族

代理人（ ）

西伊豆町において、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 ※住所地外接種届出済証 の送付先	〒								
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	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 ()									

※居住先住所以外へ住所地外接種届出済証の送付を希望される場合は下記に記載してください。

送付先住所	〒
-------	---

記載例

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 3年 5月 19日

西伊豆長宛

申請者 氏名 西伊豆 太郎

〒120-0000

住民票に登録されている住所を記載してください

住所 東京都足立区〇〇町〇-〇

電話番号 045-000-0000

被接種者との関係 本人 同居の親族

代理人（ ）

西伊豆町において、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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	ご本人申請の場合は「申請者と同じ」にチェックしてください								
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒								
	居住先住所 ※住所地外接種届出済証の送付先	〒410-3514 西伊豆町仁科 393									
	生年月日	明治・大正	<u>昭和</u>	平成	36	年	1	月	1	日	
接種券番号（10桁）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
接種状況	<input checked="" type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 1回接種	住民票所在地の自治体より発行された接種券の番号を記載してください								
届出理由	<input checked="" 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 （ ）										

※居住先住所以外へ住所地外接種届出済証の送付を希望される場合は下記に記載してください。

送付先住所	〒	接種券送付先を居住先住所から変更しない場合は記載の必要はありません
-------	---	-----------------------------------