

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

余市町長 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（ ）

余市町 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		
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	〒						