

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

小牧市長宛

小牧市において、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。

申請者	ふりがな	(忘れずにご記入ください)							
	氏名								
	住所	〒							
	電話番号	()	-						
	被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他 ()							

被接種者	ふりがな	(忘れずにご記入ください)							
	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	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済
------	---

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 () <input type="checkbox"/> 基礎疾患がありかかりつけ医で接種したいため (病院名:) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められ、かかりつけ医で接種したいため (病院名:)
------	--

送付先住所	<input type="checkbox"/>	申請者と同じ	〒						
-------	--------------------------	--------	---	--	--	--	--	--	--

〈職員処理欄〉

内容確認	入力	有効登録	通知日	備考