

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

瀬戸市長 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（ ）

瀬戸市において、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			年				月		
接種券番号（10桁）										
接種状況	2回接種済み									
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	〒								

※処理欄

申請者 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 日本国旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他写真が貼付された官公署の発行する証明書（ ）									
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳（基礎年金番号通知書） <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
受付担当者		交	付	窓口（		年	月	日）		
				郵送（		年	月	日）		