

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

東郷町長 様

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（ ）

東郷町において、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	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ								
	氏名									
	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		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（令和 年 月 日）								
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"/> DV、ストーカー行為等、児童虐待及びこれらに準ずる行為の被害者 <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 （ ）								
住所地外接種届出済証 送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒							
送付先氏名										

※クーポン券（接種券）の写しを添付してください。

<町処理欄>（何も記入しないでください）

受理日	受付者	申請方法	処理日	処理者	発行日	送付方法
／		窓口・郵送	／		／	窓口・郵送
備考						