

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

稚内市長 宛

申請者 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 ( )

稚内市において、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 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 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> 4回接種 <input type="checkbox"/> 5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 ( )												
届出済証送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒											