

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

三島町町長 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（ ）

三島町において、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"/> 1回接種（接種日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回接種（接種日 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"/> 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	〒							

※申請を希望される方の接種済証明書など接種の記録がわかる書類（写し）、「住所・氏名の記載がある本人確認書類（免許証や健康保険証の写し）」を添付してください。届出人が代理人であれば、加えて代理人の本人確認書類の写しも添付してください。