

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

茨城県桜川市長 大塚 秀喜 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 同一世帯員 その他（ ）

茨城県桜川市において、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	西暦・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回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回目接種済 <input type="checkbox"/> 4回目接種済								
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 やむを得ない事情（ ） (例)やむを得ない事情（ 家族が高齢で、介護が必要であるため ）								

【必要書類】

- ・本人確認書類（郵送申請の場合、写し）
- ・申請者の本人確認書類（申請者と被接種者が異なる場合）（郵送申請の場合、写し）
- ・住民票のある自治体が発行した接種券の写し