住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和　　年　　月　　日

飯田市長宛

申請者

 住所　　〒

 電話番号　（昼間連絡の取れる番号）

飯田市において、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 | □申請者と同じ |  |
| 住民票に記載の住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 居住先住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 申請者との続柄 | □本人　　□同居の親族　　□その他（　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 接種券番号（10桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 接種済回数 | 〔　　　〕回接種済 | ※接種済の回数を数字で記載してください。　未接種の場合は、「0」と記載してください。 |
| 届出理由 | □単身赴任者　□遠隔地へ下宿中の学生　□里帰り出産による帰省等□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　　　　　　（詳細記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 送付先住所 | □申請者住所と同じ | □居住先住所と同じ | 〒 |

|  |
| --- |
| 事務処理欄 |
| 受　　付 | 交　　付 |
|  |  |

申請の際は、住民票所在の市町村から発行された接種券の写しを添付してください