

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

下 呂 市 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（ ）

下呂市において、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。

用 途		<input type="checkbox"/> 初回接種（1、2回目接種）用		<input type="checkbox"/> 3回目接種用		<input type="checkbox"/> 4回目接種用		
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	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		<input type="checkbox"/> 2回接種		<input type="checkbox"/> 3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 （ ）							
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒						

添付書類 ①接種券の写し

②接種状況を証明する書類の写し（接種済証・接種記録書など）

③送付を希望する場合は、返信用封筒（切手貼付）