

申請受付番号 \_\_\_\_\_

### 住所地外接種届（新型コロナウイルスワクチン接種）

令和 年 月 日

安来市長 様

フリガナ  
申請者 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（ \_\_\_\_\_ ）

安来市において、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"/> 初回接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種用 <input type="checkbox"/> 5回目接種用 <input type="checkbox"/> 6回目接種用 <input type="checkbox"/> 7回目接種用							
被 接 種 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ							
	氏 名								
	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	〒	( _____ 様方)					
生年月日	(不明な場合は和暦も可) (西 暦 ) _____ 年 _____ 月 _____ 日								
接種券番号 (10桁)									
届出理由		<input type="checkbox"/> 出産のために里帰りしている妊産婦 <input type="checkbox"/> 単身赴任者 <input type="checkbox"/> 遠隔地へ下宿している学生 <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	〒	( _____ 様方)					

(安来市記入欄)

受付 / 担当 :	申請者の本人確認書類	マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・その他 ( _____ )
発行 / 担当 :	M R S O 登 録	登録 / 担当 :