

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

坂井市長宛

申請日 令和 年 月 日

ふりがな

申請者 氏名 _____

〒

住 所 _____

日中に連絡可能な
電話番号 _____

被接種者との続柄 本人
親族（続柄 _____）
その他（ _____）

坂井市において、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	<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	〒	-	坂井市				
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
接種券番号（10桁）									
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種（1回も接種していない場合は✓をつけてください） ①今までに接種した回数： _____ 回 ②前回接種日： _____ 年 月 日 ③前回接種したワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 左記以外							
届出理由		<input type="checkbox"/> 単身赴任者 <input type="checkbox"/> 坂井市へ下宿中の学生 <input type="checkbox"/> 里帰り出産による帰省 <input type="checkbox"/> 介護等で遠隔地から坂井市に居住している <input type="checkbox"/> ドメスティック・バイオレンス、ストーカー行為等、児童虐待及びこれらに準ずる行為の被害者							
【郵送交付の場合】 届出済証の送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	-					
		(_____ 様方)							

※郵送交付の場合、返送用の切手と封筒を申請書類とあわせてご提出ください。