

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

伊賀市長宛

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（ ）

伊賀市において、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			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回接種済 <input type="checkbox"/> 4回接種済 <input type="checkbox"/> 5回接種済 <input type="checkbox"/> 6回接種済									
	回数	接種日	ワクチンの種類			接種券の発行市町村名				
	1回目	年 月 日								
	2回目	年 月 日								
	3回目	年 月 日								
	4回目	年 月 日								
	5回目	年 月 日								
6回目	年 月 日									
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	〒							