

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

宗像市長 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（ ）

宗像市において、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 ※宗像市に限る	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	宗像市						
	生年月日	（西暦）	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 ↳(理由：)									
送付先住所	<input type="checkbox"/> 被接種者の「住民票に記載の住所」と同じ <input type="checkbox"/> 被接種者の「居住先住所」と同じ <input type="checkbox"/> その他（〒)									
その他必要な書類	<input type="checkbox"/> 住民票がある自治体が発行した接種券の写し <input type="checkbox"/> 被接種者の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写し									