

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

福津市長宛

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（ ）

福津市において、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（必須）										
	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	〒								
	生年月日	T・S・H・R		年	月			日			
接種券番号（10桁）											
接種状況		<input type="checkbox"/> 無(未接種) <input type="checkbox"/> 有 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	〒								
接種予定医療機関										予約状況 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	

<添付書類>

- ・申請者の本人確認書類(免許証、マイナンバーカード、保険証など)の写し(必須)
- ・被接種者の本人確認書類(免許証、マイナンバーカード、保険証など)の写し(申請者と被接種者が異なる場合には必須)
- ・接種を証明する書類の写し(必須。紛失した人はご相談ください)

※市記入欄

- ・受付番号（ ）
- 窓口渡し済