

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

足立区長宛

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（ ）

足立区において、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。

（本申請書は、足立区の予約システムを使用しない医療機関での接種のための申請書です。

集団接種等を希望する場合、本申請書ではなく、予約受付番号交付申請書による申請が必要です。）

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		
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（ 年 月 日接種）									
接種予定医療機関	※集団接種会場をご希望の場合は、本申請書では申請いただけません。									
届出理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 下宿している学生 <input type="checkbox"/> 出産のために里帰り <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 <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	〒								