

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

八女市長 様

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（ ）

八女市において、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"/> 初回接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種用 <input type="checkbox"/> 5回目接種用  |                                     |          |  |  |  |  |
| 被<br>接<br>種<br>者 | ふりがな  |                                     |          |  |  |  |  |
|                  | 氏名  | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ |          |  |  |  |  |
|                  | 住民票に記載の住所   | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ | 〒        |  |  |  |  |
|                  | 居住先住所   | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ | 〒<br>八女市 |  |  |  |  |
|                  | 生年月日  | 年                                   | 月        |  |  |  |  |
|                  |   | 日                                   |          |  |  |  |  |
| 接種券番号（10桁）       | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table> |                                     |          |  |  |  |  |
|                  |   |                                     |          |  |  |  |  |
| 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 <input type="checkbox"/> 4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<br><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<br>（ ）   |                                     |          |  |  |  |  |
| 送付先住所            | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ   | 〒                                   |          |  |  |  |  |

|        |      |   |
|--------|------|---|
| 市職員記入欄 | 受付場所 | <input type="checkbox"/> 本庁 支所( <input type="checkbox"/> 黒木 <input type="checkbox"/> 立花 <input type="checkbox"/> 上陽 <input type="checkbox"/> 矢部 <input type="checkbox"/> 星野 ) |
|        | 受付者  |   |