

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

幌加内町長宛

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 ()

幌加内町において、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	☐ 申請者 と同じ									
	住民票に記載の住所	☐ 申請者 と同じ	〒								
	居住先住所	☐ 申請者 と同じ	〒								
	生年月日	年 月 日									
接種券番号（10桁）											
接種状況	☐ 未接種 ☐ （ ）回目まで接種済										
届出理由	☐ 単身赴任者 ☐ 遠隔地へ下宿中の学生 ☐ 里帰り出産による帰省等 ☐ 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 （ ） ☐ その他町長がやむを得ない事情があると認める者										
送付先住所	☐ 申請者 と同じ	〒									