

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

鯖江市長 殿

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（ ）

鯖江市において、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									
	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	明治・大正・昭和・平成・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回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済									
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	〒								

※ 鯖江市使用欄 ※

申請者本人確認書類	・運転免許証・マイナンバーカード・成年後見人、保佐人 証明書写し・パスポート （本人の場合次の物でも可）・健康保険証 ・介護保険証 ・身体障害者手帳			
対象者確認書類	・運転免許証 ・マイナンバーカード ・パスポート ・健康保険証 ・介護保険証 ・身体障害者手帳	担当者		