

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

新潟市長宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族
 その他（ ）

新潟市において、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											
	住民票に記載の住所	〒										
	居住先住所	〒										
	生年月日	(西暦)	年	月	日							
接種券番号 (10桁)												
市町村コード (6桁)							※接種券の（請求先欄）市町村名の 右に記載の番号					
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目のみ接種済み <input type="checkbox"/> 2回接種済み					1回目接種日： 年 月 日 2回目接種日： 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"/> 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	※届出済証を上記居住先住所と異なる住所に送付を希望する場合にご記入ください。 〒											