

新型コロナウイルスワクチン接種住所地外接種届

令和 年 月 日

奥州市長 宛

申請者

氏名

居住住所

電話番号

(被接種者との続柄：)

奥州市において、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します。

届出済証受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送にて受取り (身分証明書添付)	
被接種者カナ氏名		
住民票記載住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生年月日 (西暦) /性別	年	月
住民票所在地発行 接種券番号 (10桁)		
申請接種区分	<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 回目まで接種済
1回目	接種日	年
	ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー (従来・小児・乳児) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来) <input type="checkbox"/> その他 ()
2回目	接種日	年
	ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー (従来・小児・乳児) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来) <input type="checkbox"/> その他 ()
3回目	接種日	年
	ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー (従来・小児・乳児・BA.1・BA.4/5・小児BA.4/5) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来・BA.1・BA.4/5) <input type="checkbox"/> その他 ()
4回目	接種日	年
	ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー (従来・BA.1・BA.4/5・小児BA.4/5) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来・BA.1・BA.4/5) <input type="checkbox"/> その他 ()
5回目	接種日	年
	ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー (BA.1・BA4/5) <input type="checkbox"/> モデルナ (BA.1・BA4/5) <input type="checkbox"/> その他 ()
6回目	接種日	年
	ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ファイザー (BA.1・BA4/5) <input type="checkbox"/> モデルナ (BA.1・BA4/5) <input type="checkbox"/> その他 ()

※裏面も記載のこと

届出理由 (該当番号を記載)	右記番号を記入	1.仕事のため(単身赴任等)	7.基礎疾患の既往歴があるため
		2.下宿中の学生であるため	(かかりつけ医療機関:)
		3.里帰り出産のため	8.重いアレルギー症状のため
		4.奥州市に長期滞在しているため	(アレルギー名:)
		5.家族の介護・付き添いのため	9.その他
		6.職場にて接種するため	()
送付先郵便番号	〒		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※郵送する場合は被接種者の身分証明書(写)も提出願います。		
宛名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
添付資料 ※①、②はどちらも提出すること	①住所地で発行された接種券の写し ②接種記録が確認できるものの写し ③身分証明書の写し(郵送受取を希望する場合)		