

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

港区長宛

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（ ）

港区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		年	月
接種券番号（10桁）				
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種		
届出理由		<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 遠隔地へ下宿している学生 <input type="checkbox"/> 里帰り出産による帰省 <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による避難 <input type="checkbox"/> 介護のため居住 <input type="checkbox"/> 災害の被害にあったことによる避難 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先住所		<input type="checkbox"/> 居住先 と同じ	〒	