

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

名護市長 宛

申請者<sup>ふりがな</sup>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( )

名護市において、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	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 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 (1回目 年 月 日、2回目 年 月 日) <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田/ノババックス (3回目 年 月 日) <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田/ノババックス		
☆4回目接種の方のみ	<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 18～59歳で基礎疾患がある、又は重症化リスクが高いと医師に認められた 又は医療従事者等に該当する		
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( )		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒	

※本人確認ができる身分証の写しと居住地で発行された接種券又は接種券一体型予診票の写し、必要に応じて接種証明の写しを併せてご提出ください。 ※申請者が被接種者本人以外の場合は、本人の接種券や身分証以外に、申請者の確認ができる身分証の写し、本人、同居の家族以外の申請の場合は委任状の提出もお願いします。