

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

川越市長宛

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（ ）

川越市において、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）		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種																		
届出理由		<input type="checkbox"/> 単身赴任者 <input type="checkbox"/> 遠隔地へ下宿中の学生 <input type="checkbox"/> DV、ストーカー行為、児童虐待およ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 ※ ※必ず事前に川越市へご相談ください。																		
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒																	

接種券のコピーを同封の上、新型コロナウイルスワクチン接種対策室へご郵送ください。

受付日	月	日	時	分
担当者				

川越市保健所
 新型コロナウイルスワクチン接種対策室
 TEL：049-229-4127（直通）
 FAX：049-225-2817
 E-mail：c.w.taisaku@city.kawagoe.saitama.jp