

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

堺市長 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 保護者  
同居の親族  
その他（ ）

※被接種者が15歳以下の場合は、保護者の方が届け出てください。

堺市において、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。

用途	<input type="checkbox"/> 初回接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種用 <input type="checkbox"/> 5回目接種用		
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 ※堺市に限る	<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 <input type="checkbox"/> 4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"/> 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があり住民票所在地外に居住している （ ）		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
その他必要な書類	<input type="checkbox"/> 接種券の写し（券番号が明瞭に見えるようにコピーをしてください。）		

【問合せ先】 堺市新型コロナワクチン接種コールセンター

TEL:0570-048-567 FAX:072-275-5288