

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

小山市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他（ ）

小山市において、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		追加接種（4回目接種）用							
被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ							
	氏名								
	住民票に記載の住所	〒							
	居住先住所	〒 小山市							
	生年月日		年 月 日（ 歳）						
接種券番号（10桁）									
接種状況	3回目接種日： 年 月 日 ※接種日が不明の場合は、おおよその日を記入。								
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 ()								
書類送付先住所	<input type="checkbox"/> 居住先 住所と同じ	〒							

【添付書類】

- ・住民票のある自治体で発行された4回目接種用の接種済証の写し

【郵送先】

〒323-8686 栃木県小山市中央町 1-1-1

小山市役所 健康増進課 新型コロナワクチン接種対策チーム