

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

山形市長 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 ( \_\_\_\_\_ )

山形市において、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（1、2回目接種）用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種用		
（4回目接種の場合） 接種対象者となる理由	<input type="checkbox"/> 60歳以上である <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、基礎疾患等があり、通院/入院している <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、BMIが30以上である <input type="checkbox"/> 18歳以上60歳未満であるが、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた （理由： _____ ）		
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 <input type="checkbox"/> 2回接種（接種日： _____ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回接種（接種日： _____ 年 月 日） ※最後に接種した回数に <input checked="" type="checkbox"/> および接種日をご記入下さい。		
接種したワクチンの種類	1回目： ファイザー モデルナ アストラゼネカ ハンバックス その他 ( _____ ) 2回目： ファイザー モデルナ アストラゼネカ ハンバックス その他 ( _____ ) 3回目： ファイザー モデルナ _____ ハンバックス その他 ( _____ )		
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 <input type="checkbox"/> 山形市内に就業しており、急なキャンセル分のワクチン接種を行うため		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____	