県外

(様式Ｆ)

令和　　年　　月　　日

豊　田　市　長　様

申請者氏名

被接種者との関係　続柄　（　　）

電話番号(携帯電話)（　　）　　－

定期の予防接種（Ｂ類疾病）の実施について（申請）

このことについて、下記滞在先の市町村(医療機関)にて予防接種を受けたいので申請します。なお、本申請において、様式Ｆ－１に記載の注意事項は確認しています。

記

予防接種の種類 (該当する箇所に☑印)	□インフルエンザ　　□高齢者用肺炎球菌	
被接種者氏名 （予防接種を受ける人）	（ふりがな）	
住　　所	〒　　－ 豊田市	
生年月日・性別	□大正 □昭和　　年　　月　　日	男　・　女
被接種者の滞在先 住所・電話番号	□　住民登録と同じ（以下、滞在先記載不要） □　住民登録と異なる（以下、滞在先記載必要） 〒　　－ 電話（　　）　　－	
滞在理由 (該当する箇所に☑印)	□入院治療(医療機関名　　号室) □施設入所(施設名　　) □かかりつけ医　□その他（　　）	
滞在期間	※滞在先が住民登録と同じ場合は記載不要	
予防接種を希望する医療機関	(名称) (住所) 予防接種法に基づく定期の予防接種実施の有無　⇒　有　・　無	
依頼書の提出先	□　医療機関　　□　市町村（市町村名をご記入ください：　　） ※滞在先の市町村の予防接種担当部署に、豊田市からの依頼文の宛先が『市町村』もしくは『医療機関』のいずれかを確認して下さい。 ※滞在先市町村と接種を希望する医療機関の所在する市町村が異なる場合は、両方の市町村に確認して下さい。その際には、滞在先住所と接種を希望する医療機関名・住所を必ず伝えてください。	
依頼書の送付先 (該当する箇所に☑印)	□豊田市の住所　□滞在先の住所　□その他（以下に記載必要） 〒　　－ 様方 (注)施設及び医療機関へ送付希望の場合は、必ず相手先の了承を得たうえで、記入をしてください。	

※該当する予防接種券を添付のうえ、以下まで提出ください。予防接種券を紛失した場合は、余白に「接種券紛失」と記入してください。

[提出先]　〒471-8501　豊田市西町３丁目 60　豊田市役所 感染症予防課 予防接種担当
電話:（0565）34-6180　FAX:（0565）34－6929　　E-mail: hokansen@city.toyota.aichi.jp