

(様式G)

広域

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、下記の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G-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)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 男 ・ 女
被接種者の滞在先 住所・電話番号	<input type="checkbox"/> 住民登録と同じ (以下、滞在先記載不要) <input type="checkbox"/> 住民登録と異なる (以下、滞在先記載必要) 〒 - () 様方 電話 () -
滞在理由 (該当する箇所に☑印)	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 ←豊田市内の施設に入所の場合は、こちらへ☑ <input type="checkbox"/> 入院治療(医療機関名 号室) <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名) <input type="checkbox"/> 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) 愛知県広域予防接種事業接種協力医療機関 ⇒ 登録済 ・ 未登録 ※医療機関に確認してください
連絡票送付先 (該当する箇所に☑印)	<input type="checkbox"/> 豊田市の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> 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、必ず相手先へ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、以下まで提出してください。

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 電話 (0565) 34-6180
豊田市役所 感染症予防課 予防接種担当