

(様式G-1)

豊田市長様

# 記入見本

令和 年 月 日

① 申請者氏名 豊田 太郎  
被接種者との関係 続柄 (子)  
電話番号(携帯電話) (090) ××××-●●●●

## 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 checked="" 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) とよた さぶろう 豊田 三郎
住 所	〒 471 - 8501 豊田市西町 3 丁目 60
生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 3年 6月 13日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 住民登録と異なる (以下、滞在先記載必要) 〒 4 4 6 - 〇〇〇〇 愛知県安城市〇〇町×× 電話 ( ×××× ) 1 1 1 1 - 〇〇〇〇
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 〇〇〇 〇〇〇 号室) <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所(施設名 特別養護老人ホーム 〇〇〇 ② ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
滞在期間	未定 ③ ※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) ●●クリニック (住所) 安城市△△町×× ④ 愛知県広域予防接種事業接種協力医療機関 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 登録済 ・ <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (以下に記載必要) 〒△△△-×××× 岐阜県多治見市□□町 234 豊田華様方 (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。 ⑤

※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