

豊 田 市 長 様

記入見本

年 月 日

申請者氏名 豊田 太郎
 ① 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) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ
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"/> 大正 3年 6月 13日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 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） 〒 ○○○ - △△△△ ○○市△△町×××番地 電話（○○○○） △△ - □□××
滞在理由 (県外で接種する理由) (該当する箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 入院治療(医療機関名 ●●病院 内科病棟 3002号室) <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名 ②) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <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) 同上 (住所) ④ 予防接種法に基づく定期の予防接種実施の有無 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
依頼書の提出先	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 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。
依頼書送付先 (該当する箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	<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、必ず相手先の手承を得たうえで、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 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

滞在先（県外）で定期の予防接種を希望される方へ（注意事項）

予防接種は住民登録のある市町村での接種が基本ですが、やむを得ない事情により滞在先等の他市町村医療機関で接種を希望される場合は、申請が必要です。

申請に当たり、以下の事項に留意してください。なお、接種費用については全額自己負担となりますが、接種後の指定期限までに手続きを行うことで、市の助成（上限設定あり）を受けることができます。

1. 予防接種を受ける前に、申請手続きを行ってください。手続きは、予防接種に関して本人の意思を確認できる方が行ってください。なお、豊田市が行う予防接種実施期間内に滞在先が終了する場合は、申請の受付はいたしかねます。
2. 定期予防接種として実施するにあたり、希望する医療機関が滞在先市町村の『定期予防接種の実施医療機関』であることを確認してください。実施医療機関でない場合は、希望する医療機関では接種を受けることができません。
3. 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『医療機関』もしくは『市町村』のいずれかを確認して下さい。また、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。
4. 感染症予防課が申請書を受理してから、概ね1週間程度で医療機関もしくは市町村宛の依頼書を作成し、希望先へ送付します（予診票、費用の払戻しのための申請書も同封します）。申請書に記入漏れがある場合など、手続きに時間がかかる場合がありますので、余裕を持って申請ください。
5. 依頼書や予診票等の書類が手元に届いてから、予防接種を受けてください。
依頼書等が届く前に予防接種を受けた場合、公費による費用助成はできません。また、接種当日、体調が悪く予防接種ができなかった場合の診察代やその他治療に要する費用は、依頼書では対応できませんのであらかじめご了承ください。
6. 依頼書の有効期限は、市が指定した日までです。
有効期限を過ぎて予防接種を受けた場合、公費による費用助成はできません。また、転出等で豊田市に住民登録がなくなった場合、依頼書は無効となります。
7. 接種状況を確認するため、後日、滞在先や医療機関へ連絡する場合がありますので、あらかじめご了承ください。なお、諸事情により予防接種を受けなかった場合は、感染症予防課までお申し出ください。
8. 接種後の費用の払戻しは、手続きの期日が過ぎるとできません。詳しくは依頼書に同封する『申請者様』の用紙をご覧ください。

申請書記入の際の注意事項

- ① 申請者は本人または家族に限ります。電話番号(携帯電話)は必ずご記入をお願いします。
- ② 医療機関名や施設名は正式名称の記入をお願いします。また、居室が分かるように「病棟」や「号室」まで記入をしてください。その他の場合は()内にその理由をご記入ください。
- ③ 滞在先期間が不明の場合は、「未定」とご記入ください。
- ④ 必ず予防接種を受ける医療機関名を記入してください。
- ⑤ 滞在先の住所へ送付を希望する場合は、必ず滞在先職員に書類送付の旨を伝えてください。

申請書の提出先 ※郵送での提出可能。市ホームページ上から電子申請も可能です。

〒471-8501 豊田市西町3丁目60番地

豊田市役所感染症予防課 予防接種担当

電話 (0565)34-6180

※該当する予防接種券を申請書に添付のうえ、提出してください。予防接種券を紛失した場合は、申請書の欄外に「接種券紛失」と記載してください。