広域

（様式Ｇ）

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)	□高齢者用肺炎球菌　□インフルエンザ　□新型コロナ □帯状疱疹（**必ず種類・回数も選択**してください） □生ワクチン □不活化ワクチン　１回目　□不活化ワクチン　２回目 (２回目のみ希望の方は１回目の接種日を記入：　年　月　日)	
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） 〒　－ （　様方） 電話（　）　－	
滞在理由 (該当する箇所に☑印)	□かかりつけ医　←豊田市内の施設に入所の場合は、こちらへ☑ □入院治療(医療機関名　号室) □施設入所(施設名　) □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)	□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 番地　電話（0565）34－6180
豊田市役所　感染症予防課　予防接種担当