

広域  
(様式G)

# 記入見本

令和 年 月 日

豊田市長様

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"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹 (必ず種類・回数も選択してください) ⑥ <input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 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: R7年6月13日)	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ◎年 ◎月 ◎◎日	<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) 〒446-〇〇〇〇 愛知県安城市〇〇町×× ( 様方) 電話 ( ×××× ) 1111-〇〇〇〇	
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 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番地 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・かかりつけ医で定期的予防接種を希望される方へ（注意事項）

～愛知県広域予防接種事業～

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（他市町村医療機関からの往診による接種を含む）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。

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。
2. 接種を希望する医療機関が『愛知県広域予防接種事業接種協力医療機関』への登録があるかを必ず確認してください。協力医療機関への登録がない場合は、希望する医療機関では予防接種を受けることができません。
3. 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宛の連絡票を作成し、予診票とともに希望先へ送付します。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もありますので、余裕を持って申請をしてください。
4. 連絡票と予診票が手元に届いてから、予防接種を受けてください。  
連絡票等が届く前に予防接種を受けた場合、接種費用は全額自己負担となります。
5. 連絡票の有効期間は、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、接種費用は全額自己負担となります。また、転出等で豊田市に住民登録がなくなった場合、連絡票は無効となります。
6. 接種状況を確認するため、後日、滞在先や医療機関へ連絡をする場合もありますので、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。

### 申請書の記入の際の注意事項 記入例は裏面をご覧ください。

- ① 申請者は本人または家族に限ります。電話番号(携帯番号)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、滞在先の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。  
滞在先施設が豊田市内にあり市外の往診医による接種を希望する場合は、「かかりつけ医」に記入をお願いします。
- ③ 滞在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。
- ⑥ 帯状疱疹ワクチンの接種を希望する場合は申請時にどちらのワクチンを接種するかを記入してください。また、不活化ワクチンの場合は、希望する回数（2回目のみ希望の方は1回目の接種日まで）を記入してください。

### 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。