

(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、本申請における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 年 月 日 ☐ 昭和	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) 〒 — 電話 () 様方)	
滞在理由 (市外で接種する理由) (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、必ず相手先の下承を得たうえで、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