

(様式A)

記入見本

令和△△年〇〇月□□日

豊 田 市 長 様

申請者氏名 豊田 とよ子
被接種者との関係 続柄 (母)
電話番号(携帯電話) (090)3××1-4□□□

定期の予防接種 (A 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。

記

予防接種の種類 (回数)	希望の種類・回数をご記入ください 例) ヒブ (1回目、2回目)、ロタウイルス (1回目、2回目) *注意 おたふくかぜワクチンは任意予防接種のため対象外です	
被接種者氏名 (お子様の氏名)	(ふりがな) とよた ここな 豊田 ここな	
住 所	〒 471-8501 豊田市西町3丁目60番地 ◇◇マンション 101号	
生年月日・性別	平成・令和 5年3月1日	男・女
保護者氏名	豊田 太郎 (被接種者が18歳以上の場合は記載不要) *注意: 助成金の振込み口座名義人のお名前を記入してください	
滞 在 先 住所・電話番号	〒 ●●● - ○○○□ ◆◆◆県◆◆◆市○▽□ 岡崎 花子 様方 電話 (090) ×××× - ××××	
滞在理由	里帰り中のため	
滞在期間	未定	
予防接種を希望 する医療機関	(名称) ○○クリニック (住所) ☆☆☆市□□□町○△番地 ★予防接種法に基づく定期の予防接種実施の有無 ⇒ 有 ・ 無	
依頼書の提出先	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村 (市町村名をご記入ください: ☆☆☆市) ※滞在先の市町村の予防接種担当部署に、豊田市からの依頼書の宛先が『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。	

※ 母子健康手帳の「予防接種の記録」のページのコピーを添付してください (接種記録がなくても添付してください)。

※ 滞在先に書類を郵送します。そのため、滞在先が個人宅の場合は、必ず世帯主の名前を「○○○様方」とご記入ください。施設に入所中の場合は、施設名称をご記入ください。

【提出先】〒471-8501 愛知県豊田市西町3丁目60 豊田市役所感染症予防課
電話 : (0565) 34-6180 FAX : (0565) 34-6929 E-mail: hokansen@city.toyota.aichi.jp