

# 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<br>(回数)    | <b>希望の種類・回数をご記入ください</b><br>例) ヒブ (1 回目、2 回目)、ロタウイルス (1 回目、2 回目)<br>*注意 おたふくかぜワクチンは任意予防接種のため <b>対象外</b> です  |                                   |
| 被接種者氏名<br>(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<br>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・ <input type="text" value="令和"/> 5 年 3 月 1 日  | 男・ <input type="text" value="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)<br>*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<br>住所・電話番号   | 〒 ●●● - ○○○□<br>◆◆◆県◆◆◆市○▽□ 岡崎 花子 様方<br>電話 ( 090 ) ×××× - XXXX   |                                   |
| 滞在理由               | 里帰り中のため  |                                   |
| 滞在期間               | 未定   |                                   |
| 予防接種を希望<br>する医療機関  | (名称) ○○クリニック<br>(住所) ☆☆☆市□□□町○△番地<br>★予防接種法に基づく定期の予防接種実施の有無 ⇒ <input type="text" value="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 )<br>※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。<br>※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。

|  |
|--|
| <p>【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<br/>電話 : (0565) 34-6180 FAX : (0565) 34-6929 E-mail: hokansen@city.toyota.aichi.jp</p> |
|--|

## 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（ワクチンの種類ごとに上限設定あり）を受けることができます。

1. 申請は必ず予防接種を実施する前に行ってください。
2. 申請書または電子申請を感染症予防課が受理してから、市が医療機関もしくは市町村宛に予防接種依頼書（以下「依頼書」といいます。）を作成します。  
概ね1週間程度で依頼書を作成し、滞在先へ送付します（予診票、助成金交付申請書も同封します）。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。
3. 申請書に記入漏れがある場合は、手続きに時間がかかりますので、記入漏れがないことを確認してください。
4. 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になっているか確認をお願いします。（申請書★印）
5. 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。
6. 依頼書の有効期間は、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は費用の助成はできません。また、転出等で豊田市に住民登録がなくなった場合は、依頼書は無効です。
7. 既に届いている予防接種券は、各自で該当箇所に接種日を記載し、接種券に記載された種類が全て終了したら破棄をお願いします。
8. 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。
9. 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、感染症予防課が発行する依頼書では対応できませんので、予めご了承ください。

### 申請書の記入の際の注意事項

- ① 申請者は18歳以上の被接種者本人又は保護者に限ります。ただし、事情により18歳以上の被接種者本人又は保護者が申請できない場合は、事前にご相談ください。
- ② 事情により施設入所の場合は、必ず施設名もご記入ください。
- ③ 滞在理由、滞在期間によっては、申請を却下する場合があります。
- ④ 滞在期間が不明の場合は、「未定」とご記入ください。

### 申請書の提出先・問合せ

※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 FAX (0565) 34-6929

E-mail [hokansen@city.toyota.aichi.jp](mailto:hokansen@city.toyota.aichi.jp)

※添付書類を忘れないようにしてください（母子健康手帳の予防接種の記録のページのコピー）