

(様式C-2)

記入見本

令和〇〇年△△月□□日

豊田市長様

申請者氏名 豊田 花子
被接種者との関係 続柄 (本人)
電話番号(携帯電話) (080) 1234-5678

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、下記の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	RS ウイルス感染症
被接種者氏名	(ふりがな) とよた はなこ 豊田 花子
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	昭和・平成 ●●年 ▲▲月 ■■日
保護者氏名 (被接種者が未成年の場合)	(被接種者が18歳未満の場合は記入が必要です)
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) 〒4〇×-〇〇〇〇 愛知県××市◇◇町▽▽番地 ◎◎◎様方 電話(××××) ××-××××
滞在理由 (該当する数字に○印)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 里帰り出産 4 その他()
滞在期間	未定 ※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) ××市◇◇町 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"/> その他の住所 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。 その他の場合は以下に送付先住所・宛名をご記入ください ▼▼▼-▽▽▽▼ ◎◎◎市◆◆町◆◆番地 □□□様方

※ 母子健康手帳のRS ウイルスワクチン(母子免疫ワクチン)の接種を記録するページ(なければ母子健康手帳の『予防接種の記録(5) その他の予防接種』のページ)の写しを添付してください。

【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 (東庁舎4階)
電話(0565)34-6180 FAX(0565)34-6929 メール hokansen@city.toyota.aichi.jp