

新型インフルエンザワクチン接種助成金交付申請書

Pedido de Reembolso da Tarifa de Vacinação contra a Nova Influenza (A-H1N1)

(あて先 Destinatário)

豊田市・三好町 長 (豊田市民の方は「豊田市」を、三好町民の方は「三好町」を○で囲んでください。)

Toyota / Miyoshi

申請日 Data de requerimento	(ano) (mês) (dia) 平成 年 月 日
-----------------------------	-------------------------------

申請者氏名 (本人又は世帯員) Nome do requerente*	Carimbo (inkan) 印
住所 Endereço	豊田市 Toyota-shi 三好町 Miyoshi-cho(shi)

*O Pedido pode ser feito em nome do(a) próprio(a) vacinado(a) ou em nome de algum membro da mesma unidade familiar.

1 該当世帯(いずれかにチェックしてください。) Assinale a categoria de beneficiário:

- 生活保護世帯 Família beneficiária do Auxílio Subsistência
- 市・町民税非課税世帯 Família isenta de pagamento de Imposto Municipal

2 ワクチン接種を受けた人及び払い戻し金額 Identificação das pessoas vacinadas e valores pagos

氏名 Nome	申請者との続柄 Parentesco com o(a) requerente	生年月日 Data de nascimento	払い戻し金額 Valor(es) pago(s) a ser(em) reembolsado(s)	
			1回目接種代 1ª vacina	2回目接種代 2ª vacina
		明治・大正・昭和・平成 (ano) (mês) (dia) 年 月 日	円	円
		(ano) (mês) (dia) 年 月 日	円	円
		(ano) (mês) (dia) 年 月 日	円	円
		(ano) (mês) (dia) 年 月 日	円	円
		(ano) (mês) (dia) 年 月 日	円	円
		(ano) (mês) (dia) 年 月 日	円	円
合計金額 Total			円	

※ 網掛け部分については、すべて記入しないでください。

※ Por favor, não preencha os campos em cinza.

3 受取方法(①、②のどちらかにチェックをし、記入してください。)

Forma de pagamento: depósito em conta bancária: ①outros bancos (exceto correio) ou ②correio

4 添付書類等 Documentos necessários

① <input type="checkbox"/>	金融機関名 Banco (ゆうちょ銀行を除く。)	支店名 Agência	種別	口座番号 (右詰めで記入してください。) Número da conta (alinhe os números à direita)
	銀行・信金・労金 信組・農協	本・支店 出張所	1 普通・総合 2 当座	
	フリガナ FURIGANA 口座名義人 Correntista (申請者 Requerente)			
② <input type="checkbox"/>	ゆうちょ銀行 (郵便局) Correio ゆうちょ銀行を選択された場合は貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を記入してください。Veja o número da conta na contracapa da caderneta ou no cartão eletrônico	記号 Código (6桁目がある場合は※欄に記入してください。) (Se o código tiver 6 dígitos, use o campo ※)	番号 (右詰めで記入してください。) Número da conta (alinhe os números à direita)	
		1	0 ※	
	フリガナ FURIGANA 口座名義人 Correntista (申請者 Requerente)			

- 接種済証のコピー Cópia do(s) Certificado(s) de Vacinação
- 領収書 Recibo(s) (ORIGINAL)
- 通帳又はそのコピー Cópia da capa e contracapa da caderneta de banco ou correio
- 印鑑 Carimbo pessoal (inkan)
- 市町村民税額がわかる書類 (該当者のみ) Atestado de Rendimentos (Shotoku Kazei Shomeisho) do Ano Fiscal 2009 (Heisei 21) (necessário para moradores que mudaram-se para Toyota ou Miyoshi após 2 de janeiro de 2009)

下記の事項に同意のうえ、助成金交付申請します。

Solicito o reembolso da(s) tarifa(s) de vacinação e declaro que concordo com os termos abaixo:

- ① 新型インフルエンザワクチン接種助成金交付申請に関して、豊田市職員が私 (豊田市民の方) の世帯員全員の平成 21 年度市民税課税情報を閲覧することに同意します。(三好町職員が私 (三好町民の方) の世帯員全員の平成 21 年度町民税課税情報を閲覧することに同意します。)

Autorizo a Prefeitura de Toyota (Miyoshi) a proceder às devidas investigações de renda de minha família para fins de avaliação de meu Pedido de Reembolso.

- ② 情報の閲覧等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

Declaro também estar ciente que posso ser requisitado(a) a apresentar documentos comprovantes de isenção de Imposto Municipal

(ano) (mês) (dia) 平成 年 月 日	申請者氏名 (Nome do requerente)	Carimbo (inkan) 印	TEL	() -
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------	-----	----------

審査 1	審査 2	入力	点検 1	点検 2

Como preencher

Pedido de Reembolso da Tarifa de Vacinação contra a Nova Influenza (A-H1N1)

(あて先) 豊田市 三好町 Toyota / Miyoshi Assinale a cidade para onde o pedido será encaminhado. 三好町民の方は「三好町」を○で囲んでください。

申請日 (ano) (mês) (dia) 平成 年 月 日 Data de requerimento

申請者氏名 (本人又は世帯員) **TOYOTA JOAO** Não preencha os campos em cinza.
 Nome do requerente**
 住所 **豊田市 Toyota-shi** **NISHIMACHI □-△△**
 Endereço 三好町 Miyoshi-cho(shi)

1 該当世帯(いずれかにチェックしてください。) Assinale a categoria de beneficiário. Assinale a categoria de beneficiário(a).
 生活保護世帯 Família beneficiária do Auxílio Subsistência 市・町民税非課税世帯 Família isenta de pagamento de Imposto Municipal

2 ワクチン接種を受けた人及び払い戻し金額 Identificação das pessoas vacinadas e valores pagos

氏名 Nome	申請者との続柄 Parentesco com o(a) requerente	生年月日 Data de nascimento	払い戻し金額 Valor(es) pago(s) a ser(em) reembolsado(s)	
			1回目接種代 1ª vacina	2回目接種代 2ª vacina
TOYOTA MARIA	Esposa TSUMA	明治・大正 昭和 平成 48年 7月 20日	3,600 円	— 円
TOYOTA NA	Filha KO	明治・大正・昭和 平成 14年 1月 14日	3,600 円	2,550 円
合計金額			9,750 円	

○ O nome do(s) beneficiário(s) deve ser escrito exatamente como consta no Certificado de Vacinação. Os pedidos também podem ser apresentados individualmente.

3 受取方法(①、②のどちらかにチェックをし、記入してください。) Forma de pagamento: depósito em conta bancária: ① outros bancos (exceto correio) ou ② correio

① 金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く) 支店名 種別 口座番号 (右詰めで記入してください)
 矢作 西町 本支店 ① 普通・総合 0 1 2 3 4 5 6
② 信金・労金 ③ 信組・農協 ④ 出願所 ⑤ 当座
 フリガナ トヨタ ハルオ
 口座名義人 (申請者) 豊田
 Assinale aqui caso deseje que o reembolso seja feito numa conta bancária (exceto contas de correio) e preencha este campo.
 ② ゆうちょ銀行 (郵便局) (para fins ilustrativos, este exemplo está com os 2 campos preenchidos)
 ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の宛先を左または右のキャッシュカードに記載された記号・番号を記入してください。 1 0 0 1 0 * 0 1 2 3 4 5 6 7
 フリガナ トヨタ ハルオ
 口座名義人 (申請者) 豊田 春男
 Para depositar em contas de correio, assinale o item 2. Os números de contas de correio são compostos de um código de 5 a 6 dígitos (sempre iniciado com 1) e mais uma sequência de até 8 números.

4 添付書類等 Documentos necessários

- Cópia do(s) Certificado(s) de Vacinação Recibo(s) (ORIGINAL) Cópia da capa e contracapa da caderneta de banco ou correio
 Carimbo pessoal (inkan) Atestado de Rendimentos (Shotoku Kasei) Confira os documentos a anexar.

下記の事項に同意のうえ、助成金交付申請します。

③ 新型インフルエンザワクチン接種助成金交付 Preencha um número de telefone. Eventuais contatos serão feitos durante o horário comercial. 全員の平成

Preencha a data da autorização. 平成 22 年 1 月 15 日 (ano) (mês) (dia)
 申請者氏名 (Nome do requerente) **TOYOTA HARUO** TEL (0565) 34-XXXX

新型インフルエンザワクチン接種費用の助成(払い戻し)申請について

Reembolso da Tarifa de Vacinação: Como Proceder

新型インフルエンザワクチン接種を受けた方の世帯が、市・町民税非課税世帯又は生活保護世帯に該当する場合には、新型インフルエンザワクチン接種費用の払い戻しができます。なお、季節性インフルエンザ予防接種費用については、対象外です。

Famílias beneficiárias do Auxílio Subsistência ou famílias isentas de pagamento de Imposto Municipal estão qualificadas a solicitar o reembolso da tarifa de vacinação contra a Nova Influenza (A-H1N1). O reembolso não é aplicável à vacina contra Influenza Sazonal.

記

1 対象者 次の①～③の条件をすべて満たす方

Beneficiários: pessoas que enquadram-se em **todas** as categorias abaixo:

- 市・町民税非課税世帯*1又は生活保護世帯
Membro de família beneficiária do Auxílio Subsistência ou de família isenta de pagamento de Imposto Municipal
- 豊田市又は三好町に、住民票又は外国人登録がある方
Morador(a) regularmente registrado na cidade de Toyota ou Miyoshi.
- 新型インフルエンザワクチン接種の優先接種対象者等*2
Paciente prioritário(a)

*1 平成21年度市・町民税非課税世帯 Families isentas de pagamento de Imposto Municipal do Ano Fiscal 2009 (21)
 世帯員の中に住民税の申告をしていない方がいる場合、申告をする必要があります。

Na ausência de informações tributárias, membros da família que não declararam renda devem apresentar as respectivas Declarações.

*2 優先接種対象者等の範囲 Pacientes prioritários

医療従事者、基礎疾患を有する者、妊婦、1歳から小学3年生の小児、1歳未満の小児の保護者及び身体的理由により接種が受けられない者の保護者等、小学4年生～6年生、中学生、高校生の年齢に該当するもの、65歳以上の者
 Funcionários de estabelecimentos médicos e integrantes dos grupos de pronto-socorro; portadores de enfermidades crônicas e/ou com baixa deficiência imunológica; gestantes; crianças de 1 a 9 anos de idade; responsáveis por crianças com menos de 1 ano de idade; responsáveis por pessoas que, apesar de pertencerem ao grupo de pacientes prioritários, estão impossibilitadas de tomar a vacina por motivo de força maior; estudantes da 4ª a 6ª séries da escola primária ou em idade equivalente; estudantes da escola ginásial ou em idade equivalente; estudantes do colegial (ensino médio) ou em idade equivalente; e pessoas com mais de 65 anos.

2 申請方法 Procedimentos

裏面の助成金交付申請書に記入し、以下の書類等を持参のうえ、申請してください。

Preencha o Pedido de Reembolso no verso e apresente-o junto com os documentos abaixo:

- 新型インフルエンザ予防接種済証(接種を受けた医療機関で発行)のコピー
Cópia do(s) Certificado(s) de Vacinação
- 領収書(接種を受けた医療機関で発行)
Recibo(s) emitido(s) pelo estabelecimento médico
- 申請者の振込先の口座番号のわかるもの(預金通帳・貯金通帳又はそのコピー)
Cópia da capa e contracapa da caderneta de banco ou correio.
- 印鑑
Carimbo pessoal (inkan)
- 平成21年1月2日以降に豊田市又は三好町に転入した世帯員がいる場合は、その人の平成21年度の市町村住民税額がわかる書類(コピー可)
Moradores que mudaram-se para Toyota (Miyoshi) após 2 de janeiro de 2009: Atestado de Rendimentos (Shotoku Kazei Shomeisho) do Ano Fiscal 2009 (Heisei 21) emitido pela prefeitura da cidade onde estava registrado em 1º de janeiro de 2009.

3 申請場所 Onde solicitar

豊田市民の方: 豊田市役所 感染症予防課 (市役所 西庁舎2階)
 Moradores de Toyota: Prefeitura de Toyota - Div. Controle Endêmico (bloco leste 2º andar)
 三好町民の方: 三好町保健センター
 Moradores de Miyoshi: Centro Municipal de Saúde Pública

4 申請期限 Prazo

平成22年3月31日まで(必着)
 Até 31 de março de 2010

5 問合せ Informações

豊田市: 新型インフルエンザワクチン接種助成申請窓口
 Moradores de Toyota: TOYOTA-SHI SHINGATA INFLUENZA VACCINE SESSHU JOSEI SINSEI MADOGUCHI (Guichê de Reembolso da Tarifa de Vacinação contra a Nova Influenza (A-H1N1))
 TEL: (0565) 35-6254 FAX: (0565) 34-6929
 住所: 〒471-8501 豊田市西町3-60 豊田市役所 感染症予防課内
 Endereço: 〒471-8501 Toyota-shi Nishimachi 3-60 - Toyota City Hall - Infectious Disease Prevention Division
 三好町: 三好町保健センター
 Moradores de Miyoshi: MIYOSHI-CHO (SHI)* HOKEN CENTER (Centro Municipal de Saúde Pública)
 TEL: (0561) 34-5311 FAX: (0561) 34-5969
 住所: 〒470-0224 三好町大字三好字陣取山5-4
 *三好町は、平成22年1月4日より「みよし市」になります。
 Endereço*: 〒470-0224 Miyoshi-cho Oaza Miyoshi Aza Jintoriyama 54
 *A partir de 4/jan/2010: Miyoshi-shi Miyoshi-cho Jintoriyama 54