

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 del Costo de Vacunación contra la Nueva Influenza (A-H1N1)

(あて先 Destinatario)

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 Fecha de pedido	(año) (mes) (día) 平成 年 月 日
------------------------	-------------------------------

申請者氏名 (本人又は世帯員) Nombre del solicitante*	Sello (inkan) 印	
住所 Dirección	豊田市 Toyota-shi 三好町 Miyoshi-cho(shi)	

*El Pedido puede ser hecho en nombre de la persona vacunada o en nombre de algún miembro de la misma unidad familiar.

1 該当世帯(いずれかにチェックしてください。) Señale la categoría del beneficiario:

- 生活保護世帯 Familia beneficiaria de la ayuda de Subsistencia
- 市・町民税非課税世帯 Familia exenta de pago de Impuesto Municipal

2 ワクチン接種を受けた人及び払い戻し金額 Identificación de las personas vacunadas y valores pagos

氏名 Nombre	申請者との続柄 Parentesco con el solicitante	生年月日 Fecha de nacimiento	払い戻し金額 Valor(es) pago(s) a ser reembolsado(s)	
			1回目接種代 1ª vacuna	2回目接種代 2ª vacuna
		明治・大正・昭和・平成 (año) (mes) (día) 年 月 日	円	円
		(año) (mes) (día) 年 月 日	円	円
		(año) (mes) (día) 年 月 日	円	円
		(año) (mes) (día) 年 月 日	円	円
		(año) (mes) (día) 年 月 日	円	円
		(año) (mes) (día) 年 月 日	円	円
		(año) (mes) (día) 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, no escriba en los campos de encima.

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 pago: depósito en cuenta bancaria: ① otros bancos (excepto correo) ② correo

4 添付書類等 Documentos necesarios

① <input type="checkbox"/>	金融機関名 Banco (ゆうちょ銀行を除く)	支店名 Agencia	種別	口座番号 (右詰めで記入してください。) Número de la cuenta (escriba desde la derecha)
	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 Nombre Titular (申請者 Solicitante)			
② <input type="checkbox"/>	ゆうちょ銀行(郵便局) Correo 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。 Vea el número de la cuenta en la contratapa de la libreta o en el carnet electrónico	記号 Código	(6桁目がある場合は※欄に記入してください。) (Si el código tiene 6 dígitos, use el campo ※)	番号 (右詰めで記入してください。) Número de cuenta (escriba desde la derecha)
		1	0	※
	フリガナ FURIGANA 口座名義人 Nombre Titular (申請者 Solicitante)			

- 接種済証のコピー Copia del Certificado de Vacunación
- 領収書 Recibo (ORIGINAL)
- 通帳又はそのコピー Copia de la tapa y contratapa de la libreta de banco o correo
- 印鑑 Sello personal (inkan)
- 市町村民税額がわかる書類(該当者のみ) Certificado de Renta (Shotoku Kazei Shomeisho) del Año Fiscal 2009 (21) (necesario para residentes que se mudaron para Toyota o Miyoshi luego del 2 de enero de 2009)

下記の事項に同意のうえ、助成金交付申請します。

Solicito el reembolso de los costos de vacunación y declaro que concuerdo con los términos de abajo:

- 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 la Municipalidad de Toyota (Miyoshi) a proceder a las debidas investigaciones de renta de mi familia para fines de evaluación de mi 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 también estar consciente que puedo ser llamado a presentar documentos comprobantes de exención de Impuesto Municipal

(año) (mes) (día) 平成 年 月 日	申請者氏名 (Nombre del solicitante)	Sello (inkan) 印	TEL	() -
-------------------------------	-----------------------------------	--------------------	-----	----------

審査1	審査2	入力	点検1	点検2

Como completar

Pedido de Reembolso del Costo de Vacunación contra la Nueva Influenza (A-H1N1)

(あて先) 豊田市 三好町 (Señale la ciudad en donde será hecho el pedido. 三好町民の方は「三好町」を○で囲んでください。)

Toyota / Miyoshi

申請日 (año) (mes) (día)
Fecha de pedido 平成 年 月 日

申請者氏名 (本人又は世帯員) Nombre del solicitante*	豊田市 Toyota-shi	TOYOTA JOAO	No escriba en los campos de arriba.
住所 Dirección	三好町 Miyoshi-cho(shi)	NISHIMACHI □-△△	

1 該当世帯(いずれかにチェックしてください。) Señale la categoría de beneficiario. Señale la categoría del beneficiario.

- 生活保護世帯 Familia beneficiaria de la Ayuda de subsistencia 市・町民税非課税世帯 Familia exenta del pago de Impuesto Municipal

2 ワクチン接種を受けた人及び払い戻し金額 Identificación de las personas vacunadas y valores pagos

氏名 Nombre	申請者との続柄 Parentesco con el solicitante	生年月日 Fecha de nacimiento	払い戻し金額 Valor(es) pago(s) a ser reembolsado(s)	
			1回目接種代 1ª vacuna	2回目接種代 2ª vacuna
TOYOTA MARIA	Esposa TSUMA	明治・大正 昭和 平成 48年 7月 20日	3,600 円	— 円
TOYOTA NA	Hija 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	

El nombre del beneficiario debe ser escrito exactamente como consta en el Certificado de Vacunación. Los pedidos también pueden ser presentados 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 pago: depósito en cuenta bancaria: ① otros bancos (excepto correo) ② correo

①	金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く) 矢作	支店名 西町	種別 ① 普通・総合 ② 当座	口座番号 (右詰めで記入してください) 0 1 2 3 4 5 6
②	ゆうちょ銀行 (郵便局) フリガナ トヨタ ハルオ	口座名義人 (申請者) 豊田 春男	フリガナ トヨタ ハルオ	口座番号 (郵便局) 1 0 0 1 0 * 0 1 2 3 4 5 6 7

Señale aquí en caso que desee que el reembolso sea hecho en una cuenta bancaria (excepto cuentas de correo) y complete estos campos. (para fines ilustrativos, este ejemplo está con los 2 campos completados)

Para depositar en cuentas de correo, señale el item 2. Los números de cuentas de correo son compuestos de un código de 5 a 6 dígitos (siempre inicia con 1) y una secuencia de hasta 8 números.

4 添付書類等 Documentos necesarios

- Copia del Certificado de Vacunación Recibo (ORIGINAL) Copia de la tapa y contratapa de la Libreta de banco o correo
 Sello personal (inkan) Certificado de Renta (Shotoku Kazai)

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
Escriba un número de teléfono. Eventuales contactos serán hechos durante horario comercial. 全員の平成

Complete la fecha de autorización.

場合は、関係書類の提出を行います。

(año) (mes) (día) 平成 22年 1月 15日	申請者氏名 Nombre del solicitante	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 de la Tarifa de Vacunación: Cómo 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。

Familias beneficiarias de la Ayuda de Subsistencia o familias exentas de pago de Impuesto Municipal están calificadas a solicitar el reembolso de la tarifa de vacunación contra la Nueva Influenza (A-H1N1). El reembolso no es aplicable a la vacuna contra Influenza Estacional

記

1 対象者 次の①～③の条件をすべて満たす方

Beneficiarios: personas que se encuentran en **todas** las categorías de abajo:

- 市・町民税非課税世帯^{※1}又は生活保護世帯
Miembro de familia beneficiaria de la ayuda de Subsistencia o de familia exenta de pago de Impuesto Municipal
- 豊田市又は三好町に、住民票又は外国人登録がある方
Residente regularmente registrado en la ciudad de Toyota o 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 prioritario

※1 平成21年度市・町民税非課税世帯 Familias exentas de pago del Impuesto Municipal del Año 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、申告をすることがあります。

En caso de no tener informaciones tributarias, miembros de la familia que no declararan renta deben presentar sus respectivas Declaraciones.

※2 優先接種対象者等の範囲 Pacientes prioritarios

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
Funcionarios de establecimientos médicos e integrantes de grupos de primeros auxilios; portadores de enfermedades crónicas y/o con deficiencia inmunológica; gestantes; niños de 1 a 9 años de edad; responsables por niños con menos de 1 año de edad; responsables por personas que, a pesar de pertenecer al grupo de pacientes prioritarios, están imposibilitadas de tomar la vacuna por motivo de fuerza mayor; estudiantes del 4o al 6o grado de la escuela primaria o en edad equivalente; estudiantes de la secundaria media o en edad equivalente; estudiantes de secundaria superior o en edad equivalente; y personas con más de 65 años.

2 申請方法 Trámites

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。

Complete el Pedido de Reembolso del reverso y presente con los documentos nombrados abajo:

- 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
Copia del Certificado de Vacunación
- 領収書(接種を受けた医療機関で発行)
Recibo emitido por el establecimiento 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)
Copia de la tapa y contratapa de la libreta de banco o correo.
- 印鑑
Sello personal (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年度の市町村民税額がわかる書類(コピー可)
Residentes que se mudaron a Toyota (Miyoshi) luego del 2 de enero de 2009: Certificado de Renta (Shotoku Kazai Shomeisho) del Año Fiscal 2009 emitido por la municipalidad de la ciudad en donde estaba registrado en 1º de enero de 2009.

3 申請場所 Dónde 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)
Residentes de Toyota: Municipalidad de Toyota - Secc. De Control Endémico (edif. este 2º piso)
三好町民の方: 三好町保健センター
Residentes de Miyoshi: Centro Municipal de Salud Pública

4 申請期限 Plazo

平成22年3月31日まで(必着) Hasta el 31 de marzo de 2010

5 問合せ Información

豊田市新型インフルエンザワクチン接種助成申請窓口
Residentes de Toyota: Mostrador de Reembolso de Costos de Vacunación contra la Nueva 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
Dirección: 〒471-8501 Toyota-shi Nishimachi 3-60
三好町: 三好町保健センター
Residentes de Miyoshi: Centro Municipal de Salud 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
Dirección: 〒470-0224 Miyoshi-cho (a partir de enero: Miyoshi-shi) Miyoshi Jintoriyama 54
※ 三好町は、平成22年1月4日より「みよし市」になります。