

## Solicitud del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales (Año Fiscal 2023)

〔Herpes zóster 带状疱疹〕

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota

Solicito que se me conceda el Subsidio Municipal para las vacunas opcionales y autorizo a la Municipalidad de Toyota a verificar mi historial de vacunación y datos personales registrados en la Municipalidad, así como comunicarse con la institución médica si fuera necesario.

|   |  |
|---|--|
| Fecha de vacunación<br>(接種日)                    | (año) (mes) (día)<br>令和 年 月 日  |
| Nombre de beneficiario/a<br>(被接種者)              | Furigana<br>Fecha de nacimiento<br>生年月日  |
| N.º de celular<br>(携帯電話)                        | Sexo<br>性別<br>Masc.男 ・ Fem.女   |
| Domicilio<br>住所                                 | Toyota-shi,  |
| Tipo de vacuna que desea recibir<br>申請するワクチンの種類 | Marque con ✓ una de las siguientes opciones: (どちらかに✓)<br><input type="checkbox"/> Vacuna contra la varicela 水痘ワクチン<br><input type="checkbox"/> Vacuna recombinante contra el herpes zóster 乾燥組換え带状疱疹ワクチン |

| Tipo de vacuna                              | Beneficiarios  | Valor del Subsidio/vez | N.º de dosis subsidiadas |
|---|--|------------------------|--------------------------|
| Vacuna contra la varicela                   | Residentes registrados en la ciudad de Toyota de 50 años de edad o más | ¥4.000                 | 1 dosis                  |
| Vacuna recombinante contra el herpes zóster | Residentes registrados en la ciudad de Toyota de 50 años de edad o más | ¥10.000                | Máximo 2 dosis           |

Declaro que lo indicado abajo es correcto: 申請にあたり、以下のことについて誓約します。(※全てに✓が必要です。)

Obs.: el Subsidio se concederá solo cuando todos los siguientes puntos estén marcados con  .

Estoy registrado/a en la ciudad de toyota y tengo 50 años (o más) al momento de la vacunación.

接種時点で豊田市に住民登録があり、50歳以上であること

Soy consciente del valor del Subsidio y número de dosis subsidiadas correspondientes a cada vacuna y declaro que no excederé los límites establecidos.

ワクチンの種類、助成額及び助成回数について理解し、助成回数の上限を超えて申請しないこと

Todos los datos contenidos en esta Solicitud son verdaderos. 虚偽の情報により申請をしないこと

----- PARA EL USO DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA -----

〔医療機関の方へ〕

- 上記に記入漏れがないか確認をお願いします。
- 本申請書のみ報告書に添付して市へ請求してください。  
予診票の添付は必要ありませんが、必要に応じて照会させていただくことがあります。
- 接種医療機関名等を記入してください(ゴム印可)。

| 接種医療機関  |  |
|---------|--|
| 医療機関コード |  |
|         |  |
| 医療機関名称  |  |
|         |  |