

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書（令和6年度）

〔 帯 状 疱 疹 〕

豊田市長 様

下記のとおり任意予防接種事業に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する予防接種台帳や住民登録情報を見ることが、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申請日 (接種日)	令和 年 月 日			
申請者 (被接種者)	ふりがな	生年 月日	年 月 日	
電話番号 (携帯電話)		性別	男 ・ 女	
住 所	豊田市			
希望するワクチンの種類・回数の欄に○印を記入してください				
種類・回数	対 象	1回あたりの 助成額	○印 記入欄	種類コード
水痘ワクチン	50歳以上の 豊田市民	4,000 円		20A-2
乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目		10,000 円		20A-1
乾燥組換え带状疱疹ワクチン 2回目		10,000 円		20B-1
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。） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ワクチンの種類、助成の額や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。 <input type="checkbox"/> 虚偽の情報により申請をしないこと				

-----以下、医療機関記入欄-----

〔医療機関の方へ〕

- 1 上記に記入漏れがないか確認をお願いします。
- 2 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。
- 3 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				