

**Solicitação para o Subsídio Municipal a Vacinas Preventivas Opcionais (Ano Fiscal 2024)**

〔Herpes-zóster 带状疱疹〕

Ao Sr. Prefeito de Toyota

Solicito a concessão do Subsídio Municipal a Vacinas Preventivas Opcionais e autorizo a Prefeitura de Toyota a verificar as condições de registro residencial, bem como a contatar o estabelecimento médico quando necessário.

Data da vacina (接種日)	(ano) (mês) (dia)				
	令和 年 月 日				
Nome do(a) vacinado(a) (被接種者)	Furigana	Data de nascimento 生年月日	(ano)	(mês)	(dia)
			年	月	日
Nº de telefone (携帯電話)		Gênero 性別	Masc. 男	Fem. 女	
Endereço 住所	TOYOTA-SHI				

Faça um círculo no campo específico para o tipo de vacina/dose correspondente

Tipo de vacina / Dose	Beneficiado	Valor do subsídio / Dose	Faça um círculo aqui ↓	Código do tipo da vacina
Vacina contra varicela (catapora) 水痘ワクチン	Moradores registrados em Toyota com mais de 50 anos de idade	¥ 4,000		20A-2
Vacina Herpes Zoster Recombinante 1ª dose 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目		¥ 10,000		20A-1
Vacina Herpes Zoster Recombinante 2ª dose 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 2回目		¥ 10,000		20B-1

**Declaro para os devidos fins que:**

(Obs.: O subsídio é concedido somente se todos os itens estiverem assinalados com )

- No ato da vacinação, estou oficialmente registrado(a) na cidade de Toyota e tenho mais de 50 anos completos.**
- Estou ciente de que o valor e o número de doses subsidiadas variam de acordo com o tipo de vacina aplicada. Portanto, declaro que não excederei os limites estabelecidos.**
- Todas as informações aqui prestadas são fiel expressão da verdade.**

----- PARA USO DO ESTABELECIMENTO MÉDICO 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				