

Solicitud del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales (año fiscal 2024)

〔Herpes zóster 帯状疱疹〕

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota

De acuerdo con lo descrito a continuación, solicito el Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales. Además, autorizo a la Municipalidad a verificar mi historial de vacunación e información del registro residencial almacenados en la misma, así como a comunicarse con la institución médica según sea necesario.

Fecha de vacunación 申請日（接種日）	(año Reiwa) 令和 年	(mes) 月	(día) 日
Persona a ser vacunada 申請者（被接種者）	Furigana	Fecha de nacimiento 生年月日	(año) (mes) (día) 年 月 日
Número de celular (携帯電話)		Sexo 性別	Masc. Fem. 男 ・ 女
Domicilio 住所	Toyota-shi		

Por favor, elija una vacuna (y el número de dosis), y marque con un círculo en el campo correspondiente.

Tipo de vacuna / Dosis	Beneficiarios	Valor del Subsidio/dosis	Marque con un círculo la vacuna deseada ↓	Código de la vacuna
Vacuna contra la varicela 水痘ワクチン	Residentes de 50 años o más registrados en la ciudad de Toyota	¥ 4,000	<input type="checkbox"/>	20A-2
Vacuna recombinante contra el herpes zóster (1.ª dosis) 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 1回目		¥ 10,000	<input type="checkbox"/>	20A-1
Vacuna recombinante contra el herpes zóster (2.ª dosis) 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 2回目		¥ 10,000	<input type="checkbox"/>	20B-1

Declaro la siguiente información, marcando cada punto con :

(nota: para recibir el Subsidio, el solicitante debe cumplir con todos los siguientes puntos.)

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。）

- Soy residente 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
- Entiendo el tipo de vacunas y el respectivo monto del Subsidio, y la cantidad de veces que puedo solicitarlo. Por lo tanto, declaro que no excederé el límite establecido de solicitud. 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
- Todo lo declarado en esta Solicitud es verdadero. 虚偽の情報により申請をしないこと

----- Para el uso de la institución médica 以下、医療機関記入欄 -----

〔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					