

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書

〔おたふくかぜ〕

Pedido del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales (Paperas)

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住民記録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

Solicito la concesión del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales y autorizo a la Municipalidad de Toyota a verificar las condiciones del registro residencial así como comunicarse a la institución médica cuando sea necesario.

記

Fecha de la vacuna 申請日(接種日)	(año) 年	(mes) 月	(día) 日			
Nombre del responsable 申請者 (保護者氏名)			Tel/Cel 電話番号 (携帯電話)			
Nombre del vacunado 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)		Sexo 性別	Masc 男	Fem 女	
			Fecha de nacimiento 生年月日	(año) 年	(mes) 月	(día) 日
Dirección 住所	Toyota-shi					
Nº de Tarjeta de Subsidio Médico para Niños 子ども医療費受給者番号	3	1	2			
種類	対象	1回あたりの助成額*1		回数	種類コード	
おたふくかぜ	1歳~就学前	2,000円		上限2回	171	

*1: Será descontado de la tarifa de vacunación el valor del subsidio 助成額は、医療機関の窓口で接種費用から差し引かれます。

〔医療機関の方へ〕

- 記入漏れがないか確認をお願いします。**(特に受給者番号に誤りがないかご確認ください)**
- 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					