

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書（令和 7 年度）

〔男性のヒトパピローマウイルス感染症〕

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。

記

申請日 (接種日)	令和 年 月 日			
申請者 (保護者氏名)			電話番号 (携帯電話)	
被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
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		対象	1 回あたりの助成額*1	○印 記入欄
男性のヒトパピローマウイルス感染症	4 価	小学 6 年生～高校 1 年生の 年齢に相当する男性	16,841 円	
	9 価		27,841 円	
回 数*2 (該当する回数に✓)	☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目			
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。）				
☐ 接種時点で豊田市に住民登録があり、助成対象年齢であること				
☐ 虚偽の情報により申請をしないこと				

*1：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。

*2：上限 3 回となります。

〔医療機関の方へ〕

- 1 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				