

Solicitação do Subsídio Municipal para Vacinas Preventivas Opcionais (Ano Fiscal 2025)

〔Infecção por Papilomavírus Humano (HPV) em Homens 男性のヒトパピローマウイルス感染症〕

Ao Sr. Prefeito de Toyota

Solicito o Subsídio Municipal para Vacinas Preventivas Opcionais.

Concordo que, caso necessário, a prefeitura poderá acessar o registro de vacinação, as informações do cadastro de residentes, e entrar em contato com a instituição médica para fins de verificação dos dados desta solicitação.

Data da vacina 申請日(接種日)	ano/mês/dia 年 月 日		
Nome do (a) Responsável 申請者(保護者氏名)		Tel./Cel. 電話番号 (携帯電話)	
Nome do vacinado 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)	Data de nascimento 生年月日	ano/mês/dia 年 月 日
Endereço 住 所	Toyota-shi		
Faça um círculo no campo específico para o tipo de vacina/dose correspondente 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			
Vacina 種類	Beneficiários 対象	Subsídio por dose 1 回あたりの助成額*1	Faça um círculo aqu ○印 記入欄
Infecção por Papilomavírus Humano (HPV) em Homens 男性のヒトパピローマ ウイルス感染症	Quadrival ente	Jovens (meninos) com idade correspondente ao 6º ano do ensino fundamental ao 1º ano do ensino médio	16,841 ienes
	9-valente	小学 6 年生～高校 1 年生の年齢に相 当する男性	27,841 ienes
Dose aplicada 回数	(Assinale a dose correspondente 該当する回数に✓) ☐ 1ª Dose 1 回目 ☐ 2ª Dose 2 回目 ☐ 3ª Dose 3 回目		
Ao fazer esta solicitação, declaro que: 申請にあたり、以下のことについて誓約します。 ☐ O beneficiário tem registro de residência na cidade de Toyota no momento da vacinação e está dentro da faixa etária elegível para o subsídio. 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 ☐ Todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas. 虚偽の情報により申請をしないこと (Observação: É necessário marcar todos os itens.) （※全てに☑が必要です。）			

*1 : O valor do subsídio será deduzido do custo da vacinação
diretamente no balcão da instituição médica.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。
- 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						