

Application Form for Toyota City Voluntary Vaccination Cost Subsidy (FY 2026)

(Herpes zoster 带状疱疹)

To the Mayor of Toyota City

I would like to apply for the subsidy related to the voluntary vaccination program as follows.

I also consent to the city accessing vaccination records and resident registration information, as well as contacting medical institutions for the details of my application when necessary.

| | | | | | | |
|--|-------------|--------|---------------|-----------|--------|--------|
| Application date (Vaccination date) 申請日（接種日） | Reiwa 令和 | Y 年 | M 月 | D 日 | | |
| Applicant's full name 申請者（被接種者） | FURIGANA | | D.O.B 生年月日 | Y 年 | M 月 | D 日 |
| | | | | | | |
| Phone number (携帯電話) | | | Gender 性別 | M 男 ・ F 女 | | |
| Address 住 所 | TOYOTA-SHI | | | | | |

Please put a circle in the column corresponding to the desired vaccine and number of doses.

希望するワクチンの種類・回数に○印を記入してください

| Vaccine and number of doses | Beneficiary | Subsidy per vaccine | Circle appropriate column | Code for the type of vaccine |
|--|--|---------------------|---------------------------|------------------------------|
| Varicella vaccine 水痘ワクチン | Toyota City residents aged 50 and over | 4,000 yen | <input type="checkbox"/> | 20A-2 |
| Freeze-dried recombinant herpes zoster vaccine 1 st dose 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目 | | 10,000 yen | <input type="checkbox"/> | 20A-1 |
| Freeze-dried recombinant herpes zoster vaccine 2 nd dose 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 2回目 | | 10,000 yen | <input type="checkbox"/> | 20B-1 |

I hereby pledge that I am in compliance with the following for the application (*All boxes must be checked) 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。）

- At the time of vaccination, I am registered as a resident in Toyota City and I am at least 50 years of age 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
- I understand the type of vaccine, the amount of subsidy, and the number of subsidized doses, and will not apply for more doses than the allowable limit 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
- I will not submit an application with false information 虚偽の情報により申請をしないこと

-----TO BE FILLED OUT BY MEDICAL INSTITUTION 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 | | | | | |
| | | | | | |