

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書（令和8年度）

〔おたふくかぜ〕

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見ることが、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)		性別	男 ・ 女
			生年月日	年 月 日
住 所	豊田市			
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
申請にあたり、以下のことについて誓約します。(※すべてに☑が必要です。)				
<input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> 虚偽の情報により申請しないこと				

*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。

〔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				