

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書

〔おたふくかぜ〕

Application Form for Municipal Subsidy for Optional Vaccines (Mumps)

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。

I hereby apply for the Subsidy for Optional Vaccines and I also authorize Toyota City to verify my address registration status and to contact the medical facility if necessary.

記

Vaccination date 申請日(接種日)	(year) 年	(month) 月	(day) 日
Guardian's Name 申請者 (保護者氏名)	Tel/Cel 電話番号 (携帯電話)		
Name of the vaccinated person (child) 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)		Gender 性別 Male Male 男 女
	Date of birth 生年月日		(year) (month) (day) 年 月 日
Address 住所	Toyota-shi		
Medical Subsidy for Children Card Number 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
おたふくかぜ	1歳～就学前	2,000円	上限2回
種類コード			
171			

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 (the child is) registered as a resident in Toyota City and meet (meets) the eligible age criteria for the subsidy.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

I hereby certify that the above information is true.虚偽の情報により申請をしないこと

*1 : Subsidy amount will be deducted from the vaccination fee. 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〕

1 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)

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			

