

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書

〔おたふくかぜ〕

Requerimento para o Subsídio Municipal a Vacinas Opcionais (Caxumba)

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。

Solicito a concessão do Subsídio Municipal a Vacinas Opcionais e autorizo a Prefeitura de Toyota a verificar as condições de registro residencial bem como a contatar o estabelecimento médico quando necessário.

記

Data da vacina 申請日(接種日)	(ano) 年	(mês) 月	(dia) 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(a) vacinado(a) 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)	Sexo 性別	Masc Fem 男 ・ 女	
		Data de nascimento 生年月日	(ano) (mês) (dia) 年 月 日	
Endereço 住所	Toyota-shi			
Nº do Cartão de Subsídio Médico para Crianças 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

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 descontado da tarifa da vacinação.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