

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書

〔おたふくかぜ〕

Pedido del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales (Paperas)

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 la concesión del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales y autorizo a la Municipalidad de Toyota a verificar las condiciones del registro residencial así como comunicarse a la institución médica cuando sea necesario.

記

Fecha de la vacuna 申請日(接種日)	(año) 年	(mes) 月	(día) 日
Nombre del responsable 申請者 (保護者氏名)	Tel/Cel 電話番号 (携帯電話)		
Nombre del vacunado 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)	Sexo 性別	Masc Fem 男 ・ 女
		Fecha de nacimiento 生年月日	(año) (mes) (día) 年 月 日
Dirección 住所	Toyota-shi		
Nº de Tarjeta de Subsidio Médico para Niños 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 1 7 1

Declaro lo siguiente: 申請にあたり、以下のことについて誓約します。

La persona que recibirá la vacuna está registrada como residente de la ciudad de Toyota y pertenece al grupo de edad elegible para el subsidio al momento de la vacunación.

接種時点で豊田市に住居登録があり、助成対象年齢であること

Toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera.

虚偽の情報により申請をしないこと

Nota: Es necesario marcar ambas casillas con ✓ para poder recibir el subsidio. (※全てに☑が必要です。)

*1: Será descontado de la tarifa de vacunación el valor del subsidio 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				