

Application Form for Toyota City Voluntary Vaccination Cost Subsidy

(FY 2026)

〔Male Human Papillomavirus (HPV) Infection 男性のヒトパピローマウイルス感染症〕

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.

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)	Date of birth 生年月日	(year) (month) (day) 年 月 日
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 種類	Beneficiary 対象	Subsidy per dose 1回あたりの助 成額*1	Circle appropriate column ○印 記入欄
Male Human Papillomavirus (HPV) Infection 男性のヒトパピロー マウイルス感染症	Quadrivalent	Males of Ages Equivalent to 6th Grade in Elementary School to 1st Year in High School 16,841yen	
	Nonavalent	小学6年生～高校1年生 の年齢に相当する男性 26,863yen	
Dose to be applied today: 回数	(該当する回数に✓) <input type="checkbox"/> 1 st dose 1回目 <input type="checkbox"/> 2 nd dose 2回目 <input type="checkbox"/> 3 rd dose 3回目		

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〕

- 記入漏れがないか確認をお願いします。
- 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					