

## Solicitud del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales

(año fiscal 2026)

(Infección por el virus del papiloma humano (VPH) en hombres 男性のヒトパピローマウイルス感染症)

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota:

Solicito el Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales, según lo detallado a continuación. Asimismo, autorizo a la municipalidad a verificar mi historial de vacunación y la información sobre mi residencia que constan en sus registros, así como a comunicarse con el centro médico que corresponda en caso de ser necesario.

|   |   |                             |                            |
|---|---|-----------------------------|----------------------------|
| Fecha de vacunación<br>申請日(接種日)                       | (año) (mes) (día)<br>Reiwa 令和 年 月 日     |                             |                            |
| Nombre del solicitante<br>(responsable)<br>申請者(保護者氏名) | Teléfono<br>(celular)<br>電話番号<br>(携帯電話) |                             |                            |
| Persona que recibirá la vacuna<br>被接種者<br>(予防接種を受ける者) | (Furigana ふりがな)                         | Fecha de nacimiento<br>生年月日 | (año) (mes) (día)<br>年 月 日 |
| Domicilio<br>住所                                       | Toyota-shi                              |                             |                            |

Por favor, elija una vacuna (y el número de dosis), y marque con un círculo en el campo correspondiente  
希望するワクチンの種類・回数に○印を記入してください

| Vacuna 種類  |  | Beneficiarios<br>対象   | Monto del subsidio/dosis<br>1回あたりの助成額* | Código de la vacuna<br>○印 記入欄 |
|--|--|---|--|-------------------------------|
| Infección por el virus del papiloma humano (VPH) en hombres<br>男性のヒトパピローマウイルス感染症 | Cuadrivalente  | Hombres con edades equivalentes a los estudiantes del 6.º de primaria al 1.º de secundaria superior [Koko]<br>小学6年生～高校1年生の年齢に相当する男性 | 16,841 yenes                           |                               |
|  | nonavalente  |   | 26,863 yenes                           |                               |
| Dosis a aplicar hoy<br>回数  | Marque la dosis que recibirá hoy. (該当する回数に✓)<br><input type="checkbox"/> 1.ª dosis 1回目 <input type="checkbox"/> 2.ª dosis 2回目 <input type="checkbox"/> 3.ª dosis 3回目 |   |  |                               |

**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民登録があり、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: En el centro médico, el monto del subsidio se descontará del costo de la vacunación. 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  |  |  |  |  |
|         |  |  |  |  |