

Application Form for Toyota City Voluntary Vaccination Cost Subsidy (FY 2025)

(Herpes zoster 带状疱疹)

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.

Application date (Vaccination date) 申請日（接種日）	Reiwa 令和	Y 年	M 月	D 日	
Applicant's full name 申請者（被接種者）	FURIGANA	D.O.B 生年月日	Y 年	M 月	D 日
Phone number (携帯電話)		Gender 性別	M 男 ・ F 女		
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・回数の欄に○印を記入してください					
Vaccine and number of doses	Beneficiary	Subsidy per vaccine	Circle appropriate column	Code for the type of vaccine	
Varicella vaccine 水痘ワクチン	Toyota City residents aged 50 and over	4,000 yen		20A-2	
Freeze-dried recombinant herpes zoster vaccine 1 st dose 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目		10,000 yen		20A-1	
Freeze-dried recombinant herpes zoster vaccine 2 nd dose 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 2回目		10,000 yen		20B-1	
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。） <input type="checkbox"/> At the time of vaccination, I am registered as a resident in Toyota City and I am at least 50 years of age 接種時点で豊田市に住民登録があり、50歳以上であること <input type="checkbox"/> I understand the type of vaccine, the amount of subsidy, and the number of subsidized doses, and will not apply for more doses than the allowable limit ワクチンの種類、助成の額や回数について理解し、助成回数の上限を超えて申請しないこと <input type="checkbox"/> I will not submit an application with false information 虚偽の情報により申請をしないこと					

-----TO BE FILLED OUT BY MEDICAL INSTITUTION 以下、医療機関記入欄-----

〔医療機関の方へ〕

- 1 上記に記入漏れがないか確認をお願いします。
- 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						