

Solicitação para o Subsídio Municipal a Vacinas Preventivas Opcionais (Ano Fiscal 2025)

〔Herpes-zóster 带状疱疹〕

Ao Sr. Prefeito de Toyota

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

Data da vacina (接種日)	(ano) (mês) (dia) 令和 年 月 日
Nome do(a) vacinado(a) (被接種者)	Furigana Data de nascimento 生年月日 (ano) (mês) (dia) 年 月 日
Nº de telefone (携帯電話)	Gênero 性別 Masc. Fem. 男 ・ 女
Endereço 住所	TOYOTA-SHI

Faça um círculo no campo específico para o tipo de vacina/dose correspondente

Tipo de vacina / Dose	Beneficiado	Valor do subsídio / Dose	Faça um círculo aqui ↓	Código do tipo da vacina
Vacina contra varicela (catapora) 水痘ワクチン	Moradores registrados em Toyota com mais de 50 anos de idade	¥ 4,000		20A-2
Vacina Herpes Zoster Recombinante 1ª dose 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回目		¥ 10,000		20A-1
Vacina Herpes Zoster Recombinante 2ª dose 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 2回目		¥ 10,000		20B-1

Declaro para os devidos fins que:

(Obs.: O subsídio é concedido somente se todos os itens estiverem assinalados com ☒.)

- ☐ **No ato da vacinação, estou oficialmente registrado(a) na cidade de Toyota e tenho mais de 50 anos completos.**
- ☐ **Estou ciente de que o valor e o número de doses subsidiadas variam de acordo com o tipo de vacina aplicada. Portanto, declaro que não excederei os limites estabelecidos.**
- ☐ **Todas as informações aqui prestadas são fiel expressão da verdade.**

----- PARA USO DO ESTABELECIMENTO MÉDICO 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					