Solicitud del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales (año fiscal 2025)

〔Herpes zóster 帯状疱疹〕

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota

De acuerdo con lo descrito a continuación, solicito el Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales. Además, autorizo a la Municipalidad a verificar mi historial de vacunación e información del registro residencial almacenados en la misma, así como a comunicarse con la institución médica según sea necesario.

Fecha de vacunación 申請日（接種日）	(año Reiwa) 令和 年	(mes) 月	(día) 日
Persona a ser vacunada 申請者（被接種者）	Furigana	Fecha de nacimiento 生年月日	(año) 年 (mes) 月 (día) 日
Número de celular （携帯電話）		Sexo 性別	Masc. 男 ・ Fem. 女
Domicilio 住所	Toyota-shi		

Por favor, elija una vacuna (y el número de dosis), y marque con un círculo en el campo correspondiente.

Tipo de vacuna / Dosis	Beneficiarios	Valor del Subsidio/dosis	Marque con un círculo la vacuna deseada ↓	Código de la vacuna
Vacuna contra la varicela 水痘ワクチン	Residentes de 50 años o más registrados en la ciudad de Toyota	¥ 4,000		20A－2
Vacuna recombinante contra el herpes zóster (1.ª dosis) 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン １回目		¥ 10,000		20A－1
Vacuna recombinante contra el herpes zóster (2.ª dosis) 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン ２回目		¥ 10,000		20B－1

Declaro la siguiente información, marcando cada punto con ☑:

(nota: para recibir el Subsidio, el solicitante debe cumplir con todos los siguientes puntos.)

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。）

☐ **Soy residente registrado/a en la ciudad de Toyota y tengo 50 años (o más) al momento de la vacunación.** **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**

☐ **Entiendo el tipo de vacunas y el respectivo monto del Subsidio, y la cantidad de veces que puedo solicitarlo. Por lo tanto, declaro que no excederé el límite establecido de solicitud.** **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**

☐ **Todo lo declarado en esta Solicitud es verdadero.** **虚偽の情報により申請をしないこと**

---------- Para el uso de la institución médica　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