

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書

〔おたふくかぜ〕

Application Form for Municipal Subsidy for Optional Vaccines (Mumps)

豊田市長 様

下記のとおり任意予防接種事業に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する住民記録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

I hereby apply for the Subsidy for Optional Vaccines and I also authorize Toyota City to verify my address registration status and to contact the medical facility if necessary.

記

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)	Gender 性 別	Male Female 男 ・ 女	
		Date of birth 生年月日	(year) (month) (day) 年 月 日	
Address 住 所	Toyota-shi			
Medical Subsidy for Children Card Number 子ども医療費受給者番号	3	1	2	
種 類	対 象	1 回あたりの助成額*1	回 数	種類コード
おたふくかぜ	1 歳～就学前	2,000 円	上限 2 回	1 7 1

*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。**（特に受給者番号に誤りがないかご確認ください）**
- 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	