

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書

〔おたふくかぜ〕

Requerimento para o Subsídio Municipal a Vacinas Opcionais (Caxumba)

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。

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

記

Data da vacina 申請日(接種日)	(ano) 年	(mês) 月	(dia) 日
Nome do(a) responsável 申請者 (保護者氏名)		Tel/Cel 電話番号 (携帯電話)	
Nome do(a) vacinado(a) 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)	Sexo 性別	Masc Fem 男 ・ 女
		Data de nascimento 生年月日	(ano) (mês) (dia) 年 月 日
Endereço 住 所	Toyota-shi		
Nº do Cartão de Subsídio Médico para Crianças 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
おたふくかぜ	1 歳～就学前	2,000 円	上限 2 回
			種類コード
			1 7 1

*1 : O valor do subsídio será descontado da tarifa da vacinação.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						