

Solicitação do Subsídio Municipal para Vacinas Preventivas Opcionais (Ano Fiscal 2025)
〔Infecção por Papilomavírus Humano (HPV) em Homens 男性のヒトパピローマウイルス感染症〕

Ao Sr. Prefeito de Toyota

Solicito o Subsídio Municipal para Vacinas Preventivas Opcionais.
Concordo que, caso necessário, a prefeitura poderá acessar o registro de vacinação, as informações do cadastro de residentes, e entrar em contato com a instituição médica para fins de verificação dos dados desta solicitação.

Data da vacina 申請日(接種日)	ano/mês/dia 年 月 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 vacinado 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな) -----	Data de nascimento 生年月日	ano/mês/dia 年 月 日
Endereço 住 所	Toyota-shi		
Dose aplicada 回数	(Assinale a dose correspondente 該当する回数に✓) ☐ 1ª Dose 1 回目 ☐ 2ª Dose 2 回目 ☐ 3ª Dose 3 回目		

Ao fazer esta solicitação, declaro que:
申請にあたり、以下のことについて誓約します。
☐ **O beneficiário tem registro de residência na cidade de Toyota no momento da vacinação e está dentro da faixa etária elegível para o subsídio.**
接種時点で豊田市に住民登録があり、助成対象年齢であること
☐ **Todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas.**
虚偽の情報により申請をしないこと
(Observação: É necessário marcar todos os itens.)（※全てに☑が必要です。）

Vacina 種類	Beneficiários 対象	Subsídio por dose 1 回あたりの助成額*1	Doses subsidiadas 回数
Infecção por Papilomavírus Humano (HPV) em Homens 男性のヒトパピローマウイルス感染症	Jovens (meninos) com idade correspondente ao 6º ano do ensino fundamental ao 1º ano do ensino médio 小学 6 年生～高校 1 年生の年齢に相当する男性	16,841 ienes	Máximo 3 doses 上限 3 回

*1 : O valor do subsídio será deduzido do custo da vacinação diretamente no balcão da instituição médica.
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。
 - 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					