

Solicitud del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales

(año fiscal 2025)

〔Infección por el virus del papiloma humano (VPH) en hombres 男性のヒトパピローマウイルス感染症〕

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota:

Solicito el Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales, según lo detallado a continuación. Asimismo, autorizo a la municipalidad a verificar mi historial de vacunación y la información sobre mi residencia que constan en sus registros, así como a comunicarse con el centro médico que corresponda en caso de ser necesario.

Fecha de vacunación 申請日(接種日)	(año) (mes) (día) Reiwa 令和 年 月 日		
Nombre del solicitante (responsable) 申請者(保護者氏名)	Teléfono (celular) 電話番号 (携帯電話)		
Persona que recibirá la vacuna 被接種者 (予防接種を受ける者)	(Furigana ふりがな) Fecha de nacimiento 生年月日 (año) (mes) (día) 年 月 日		
Domicilio 住 所	Toyota-shi		
Dosis a aplicar hoy 回数	Marque la dosis que recibirá hoy. (該当する回数に✓) ☐ 1.ª dosis 1 回目 ☐ 2.ª dosis 2 回目 ☐ 3.ª dosis 3 回目		
Declaro lo siguiente: 申請にあたり、以下のことについて誓約します。 ☐ La persona que recibirá la vacuna está registrada como residente de la ciudad de Toyota y pertenece al grupo de edad elegible para el subsidio al momento de la vacunación. 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 ☐ Toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera. 虚偽の情報により申請をしないこと Nota: Es necesario marcar ambas casillas con ✓ para poder recibir el subsidio. (※全てに☑が必要です。)			
Vacuna 種類	Beneficiarios 対象	Monto del subsidio/dosis 1 回あたりの助成額*1	Cantidad máxima de dosis 回数
Infección por el virus del papiloma humano (VPH) en hombres 男性のヒトパピローマウイルス 感染症	Hombres con edades equivalentes a los estudiantes del 6.º de primaria al 1.º de secundaria superior [Koko] 小学 6 年生～高校 1 年生の年齢に相当する男性	16,841 yenes	3 dosis 上限 3 回

*1: En el centro médico, el monto del subsidio se descontará del costo de la vacunación.
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				