

## 豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書（令和3年度）

〔おたふくかぜ〕

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。

記

申請日 (接種日)	令和      年      月      日			
申請者 (保護者氏名)			電話番号 (携帯電話)	
被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)		性別	男      ・      女
			生年月日	平成 令和      年      月      日
住 所	豊田市			
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 <sup>*1</sup>	回 数	種類コード
おたふくかぜ	1歳～就学前	2,000円	1回	171

\*1：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。

**※おたふくは、1回のみ助成します。過去に申請していないか確認してください。**

〔医療機関の方へ〕

- 1 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)
- 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			
3	0	2	863
医療機関名称			
すくすくこどもクリニック			