

豊田市任意予防接種費用助成事業 申請書 (令和4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*1 | 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。
申請したことがあるかどうか不明な場合は、市にお問い合わせください。

〔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 | 3002863 |
| 医療機関名称 | すくすくこどもクリニック |