

## みよし市任意予防接種費用助成事業 申請書 (令和 8 (2026) 年度)

〔おたふくかぜ〕

## Pedido del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales ( Paperas )

みよし市長

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予防接種台帳や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 la concesión del Subsidio Municipal para las Vacunas Opcionales y autorizo a la Municipalidad de Miyoshi a verificar las condiciones del registro residencial así como comunicarse a la institución médica cuando sea necesario.

記

Fecha de la vacuna 申請日 (接種日)	(año) 年	(mes) 月	(día) 日
Nombre del responsable 申請者 (保護者氏名)	Tel/Cel 電話番号 (携帯電話)		
Nombre del vacunado 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)	Sexo 性別	Masc Fem 男 ・ 女
		Fecha de nacimiento 生年月日	(año) (mes) (día) 年 月 日
Dirección 住所	Miyoshi-shi		
Nº de Tarjeta de Subsidio Médico para Niños 子ども医療費 受給者番号	3	6	8
種 類	対 象	1 回あたりの助成額 <sup>*1</sup>	回 数
おたふくかぜ	1 歳～就学前	2,000 円	上限 2 回

\*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。

〔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。

接種医療機関			
医療機関コード			
医療機関名称			

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)。

