

予防接種費用助成金償還払い申請書兼請求書

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DO AUXÍLIO DE CUSTO DA VACINAÇÃO

湖南省長 宛

ao Exmo. Sr. Prefeito

Requerente [os pais]

Endereço : Konan-shi ,

申請者 [保護者]

住所 湖南省

氏名 Nome :

印

Parentesco com a criança:

接種対象者との続柄

電話 Telefone :

接種対象者について、助成金の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請および請求します。
また、申請に係る審査に必要があるときは、接種対象者が湖南省に住民登録があることについて確認することを承諾します。
なお、償還払いは下記の指定振込口座へ振り込み願います。

Gostaria de receber o reembolso do auxílio referente a quem recebeu a vacinação, e em vista disso, venho requerer através desta solicitação, anexando juntamente os documentos necessários.

Como também, eu dou o meu consentimento que, se houver necessidade durante a avaliação desta solicitação, será verificado se quem recebeu a vacina tem o endereço devidamente registrado em Konan-shi.

Além disso, solicito que o valor do reembolso seja depositado na conta bancária conforme especificada abaixo.

(ふりがな) 接種対象者氏名 Nome de quem recebeu a vacina	-----	生年月日 Data de nascimento	ano: 年 mês: 月 dia: 日 idade: anos 歳
接種対象者住所 Endereço de quem recebeu a vacina	〒		
Classificação para receber a vacina * Circule os itens aplicáveis * No caso de イ, marque também o número de vezes.	ア Gestante (no dia da vacinação, já possui a caderneta materno-infantil boshi techou) 妊婦 (接種当日、母子健康手帳を取得している) イ No dia da vacinação, tem a idade de 6 meses até 12 anos (1º dose · 2º dose) 接種当日、生後 6 か月から 12 歳までの人 (1 回目 · 2 回目) ウ No dia da vacinação, tem a idade de 13 anos até o 3º ano do chūgakkō 接種当日、13 歳から中学 3 年生までの人 エ No dia da vacinação, nasceu antes de 1º de abril de 2005, e ainda não completou a idade de 65 anos (com exceção das pessoas entre 60 a 64 anos que correspondem à vacina gratuita) 接種当日、65 歳未満で平成 17 年 4 月 1 日までに生まれた人 (60 歳 ~ 64 歳の定期接種対象者を除く)		
接種ワクチン Qual vacina aplicada	Prevenção contra a Influenza		
接種日 Data da vacinação	ano: 年 mês: 月 dia: 日		
接種した 医療機関 Local da vacinação	名称 Nome da instituição		
	所在地 Endereço		

Os espaços abaixo onde tem esse sinal são para preenchimento da prefeitura

助成金額 (請求額) Valor do auxílio (valor solicitado)	住民登録の有無 Tem o endereço registrado nesta cidade	対象者区分 Classificação para receber	助成決定額 Valor do auxílio autorizado
円	有 · 無	ア · イ · ウ · エ	円

湖南省記入欄

指定 振込 口座 Conta bancária Para depósito	金融機関名 Nome do banco	銀行・信金 信組・農協	支店・支所 代理店
	口座種別 Tipo de conta	普通 · 当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義 Nome do titular	-----	

A conta bancária para o depósito fica limitada à conta da própria pessoa a ser vacinada, ou os pais ou o cônjuge.

振込口座は、接種対象者本人、保護者又は配偶者の口座に限ります。

Anexe o original ou a cópia do recibo da taxa de vacinação

予防接種費用の領収書の原本又は写しを添付してください。