

Ano: 年 mês: 月 dia: 日

湖南省任意インフルエンザ予防接種費用補助申請書
兼代理受領に関する委任状

ポルトガル語

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO DE CUSTO DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA DA PREFEITURA DE KONAN
PROCURAÇÃO REFERENTE À NOMEAÇÃO PARA RECEBIMENTO

申請先 湖南省長 様
ao Exmo. Sr. Prefeito

インフルエンザワクチン接種に係る補助金の交付について、次のとおり申請します。
なお、下記の記載事項について承知するとともに、湖南省が住民基本台帳等により情報を確認することに同意します。また、補助金の受領に関しては、接種を受けた医療機関に委任します。

Solicito conforme dados abaixo, a concessão do auxílio de custo para a vacinação contra influenza.

Além disso, estou ciente quanto às informações descritas abaixo e concordo que a Prefeitura de Konan irá verificar as informações com base nos dados registrados como residente. Além disso, a instituição médica a qual foi realizada a vacinação será nomeada quanto ao recebimento do auxílio.

下記、アからウの該当する項目に○をつけてください。

Marque com um círculo ○ o item correspondente entre as opções abaixo do ア até o ウ

- ア () Gestante (no dia da vacinação já possui a Caderneta boshi techou) 妊婦 (接種当日母子健康手帳を取得している)
イ () Com a idade entre 6 meses até 16 anos incompletos (3º ano do chūgakkō) no dia da vacinação
接種当日生後 6 ヶ月から 16 歳未満 (中学 3 年生)
ウ () Com a idade entre 16 até 65 anos incompletos no dia da vacinação (com exceção daqueles entre 60 até 64 anos que encaixam ao público-alvo que podem receber a vacina gratuita)
接種当日 16 歳以上 65 歳未満 (60 歳 ~ 64 歳の定期接種対象者を除く)

申請者 [接種対象者が未成年の場合保護者] (自署)

Requerente [os pais ou responsáveis no caso de que for vacinar for menor de idade] (assinatura)

住 所 Endereço : Konan-shi,

(ふりがな)

Parentesco com a criança:

氏 名 Nome :

(本人との関係)

電話番号 Telefone :

接種を受ける医療機関名 Nome da instituição médica :

ワクチン接種対象者 (ふりがな)

Quem irá vacinar 氏 名 Nome :

Data de nascimento: anos e meses

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

(住所) 保護者と違う場合はご記入ください。Preencha o endereço caso seja diferente dos pais ou responsável

電話番号 Telefone :

住 所 Endereço : Konan-shi,

- * 上記の申請者欄・ワクチン接種対象者 (予防注射を受ける人) 欄にご記入ください。
* ワクチン接種対象者の住民登録が接種当日に湖南省にない場合は、補助の対象になりません。
接種後に住民票がないことが判明した場合は、補助金額分を市にお支払いいただくこととなります。
* ウの方の補助金の金額は、1,000 円です。差額は本人のお支払いとなります。
* 13 歳未満の方の補助は 1 人 2 回、13 歳以上の方の補助は 1 人 1 回のみとなります。

* Por favor, preencha a coluna do requerente acima e de quem vai vacinar.

* Se a pessoa que vacinar não tiver o registro de residente na cidade de Konan no dia da vacinação, não terá direito ao auxílio.

Caso seja constatado que não há registro de residente após a vacinação, deverá ressarcir o valor do auxílio para a Prefeitura.

* O valor do auxílio para a opção ウ acima é de 1.000 ienes. A diferença será paga pela pessoa.

* O auxílio para menores de 13 anos é de 2 vezes por pessoa, e o auxílio para maiores de 13 anos é de 1 vez por pessoa.

【接種医療機関記入欄】 Campo para a instituição médica preencher

接種日		ワクチン 製造会社名	
Lot No.		接種量	ml
医療機関	名称 所在地	医師名	