

第1号様式（第7条関係）

任意予防接種・風しん抗体検査自己負担免除資格証明書交付申請書

年 月 日

大 府 市 長 殿

申 請 者

電話番号

大府市任意予防接種・風しん抗体検査実施要綱第7条第2項の規定により、任意予防接種・風しん抗体検査自己負担免除資格証明書の交付を次のとおり申請します。

また、世帯を代表して、任意予防接種・風しん抗体検査自己負担免除資格証明書交付申請に関し、担当職員が住民基本台帳及び保護台帳又は支援給付台帳を閲覧することに同意します。

種類	任意予防接種 (風しんワクチン等 ・ 季節性インフルエンザワクチン ・ おたふくかぜワクチン ・ 帯状疱疹 ^{ほうしん} ワクチン等) 抗体検査(風しん抗体検査)			
住所				証明書 交付番号
氏名		生年月日	年 月 日	
氏名		生年月日	年 月 日	
氏名		生年月日	年 月 日	
氏名		生年月日	年 月 日	
氏名		生年月日	年 月 日	