

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 ・ 乾燥弱毒生水痘ワクチン ・ 乾燥組換え帯状疱疹 <small>ほうしん</small> ワクチン） 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	

交付番号

任意予防接種・風しん抗体検査自己負担免除資格証明書

種類 及び 自己負担金 免除額	任意予防接種 風しんワクチン等 全額免除 季節性インフルエンザワクチン 全額免除 おたふくかぜワクチン 全額免除 乾燥弱毒生水痘ワクチン 医療機関の定める金額（上限10,000円とする） 乾燥組換え帯状疱疹 ^{ほうしん} ワクチン 医療機関の定める金額（1回につき上限20,000円とする） 1回につき20,000円免除 抗体検査（風しん抗体検査） 全額免除
住 所	
氏 名	
生年月日	

上記の者は、大府市任意予防接種・風しん抗体検査の自己負担金を記載のとおり免除される者であることを証明します。

年 月 日

大府市長



※この任意予防接種・風しん抗体検査自己負担免除資格証明書は、大府市長と任意予防接種又は風しん抗体検査の委託契約を締結した医療機関においてのみ有効です。
※任意予防接種又は風しん抗体検査を受ける際に、この証明書を医療機関に提出してください。