

風しん抗体検査および第5期定期予防接種クーポン券再交付申請書

紛失したクーポン券で再度抗体検査や予防接種を行った場合は、抗体検査および予防接種に係る費用について、全額自己負担となります。また、予防接種の場合は任意接種となりますので、健康被害が生じたときは、予防接種法に基づく定期の予防接種健康被害救済制度による救済とは異なり、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済の対象となります。

上記のことに同意し、次のクーポン券の再交付を申請します。

| | |
|--|-------------------|
| | 風しん抗体検査クーポン券 |
| | 風しん第5期定期予防接種クーポン券 |

白浜町長 様

令和 年 月 日

対象者名 : _____

生年月日 : 昭和 年 月 日

申請者 住 所 白浜町 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

(対象者との続柄 _____)