様式第１号

申請日　　年　　月　　日

大和高田市長　殿

風しん抗体検査結果情報提供申請書

※以下に該当される方が対象です。

対象：昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性であって、令和7年3月31日までにクーポンを利用して抗体検査を実施し、風しんの抗体が不十分な方で、麻しん風しん混合（MR）もしくは、風しんの予防接種をまだ受けていない方。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | |
| 住所 | 大和高田市 | |
| 電話番号  （昼間連絡のつく） |  | |
| 被接種者との続柄 |  | 家族以外の代理人による申請は裏面  「委任状」に記載が必要です。 |
| 受検者 | 氏名 | □申請者と同じ | |
| 住所 | □申請者と同じ  大和高田市 | |
| 生年月日 | 昭和　　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　　歳） | |
| 申請理由 | □紛失  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

下記の理由により、風しん抗体検査結果の情報提供を申請します。

|  |
| --- |
| 委任状  大和高田市長　宛  委任者（受検者）氏名　　　　　　　　　　　　印　（自署）    私は、以下の者を代理人と定め、定期予防接種自己負担金の免除申請及び定期予防接種依頼書(予診票欄外記入方式)の発行申請に係る権限を委任します。  代理人（受任者）　　氏名  委任者（受検者）との関係（続柄）  なお、代理人による申請の場合は、**「①代理人の本人確認書類」**と**「②委任者（受検者）の本人確認書類（コピー可）」**が必要です。 |

ここから下は職員記入欄です。記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人確認書類 | 申請者 | 受検者 |
| 顔写真入り  （１種類） | ・運転免許証（運転経歴証明書含む）  ・パスポート　　・マイナンバーカード  ・住民基本台帳カード（写真つき）  ・身体、精神障害者保健福祉手帳  ・その他（　　　　　　　　　　　）等 | ・運転免許証（運転経歴証明書含む）  ・パスポート　　・マイナンバーカード  ・住民基本台帳カード（写真つき）  ・身体、精神障害者保健福祉手帳  ・その他（　　　　　　　　　　　　　）等 |
| 顔写真なし  （２種類） | ・年金手帳　　　・健康保険証等※  ・介護保険証　　・後期高齢者医療証  ・マイナンバー通知カード  ・生活保護受給者証  ・その他（　　　　　　） | ・年金手帳　　　・健康保険証等※  ・介護保険証　　・後期高齢者医療証  ・マイナンバー通知カード  ・生活保護受給者証  ・その他（　　　　　　　） |

※健康保険証等とは、有効期限内の健康保険証及び資格確認証を指す。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認者 |  |  |

下記には記入しないでください