

交付番号 \_\_\_\_\_

任意予防接種自己負担金免除券

|       |  |
|-------|--|
| ワクチン名 |  |
|-------|--|

|        |            |
|--------|------------|
| 住 所    |            |
| ふりがな   |            |
| 被接種者氏名 |            |
| 生年月日   | 年 月 日 （ 歳） |

上記の者について、任意予防接種において、  
自己負担金の免除対象者であることを証します。

ついては、医療機関において自己負担金を徴収できませんので、御注意ください。

有効期限 年 月 日

つくばみらい市長

