

# 風しんの抗体検査及び予防接種クーポン券交付申請書

年 月 日

岬町長様

申請者 住所 岬町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 対象者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

下記のとおり、風しんの抗体検査及び予防接種クーポン券の交付を申請いたします。  
なお、対象者確認時、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

## 記

氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 ( ) 歳
クーポン券の種類	<input type="checkbox"/> 1 抗体検査券 <input type="checkbox"/> 2 予防接種予診券 <input type="checkbox"/> 3 予防接種券
交付を申請する理由	該当する番号を○で囲んでください。 1. 岬町に転入したため (転入日 年 月 日) 2. クーポン券紛失再交付 3. 風しん追加対策対象者のため (昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性) 4. その他 ( )

※対象となるのは、岬町に住所を有する昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日までの間に生まれた男性です。

※対象者本人と同一世帯以外の方が申請する場合には、委任状が必要となります。

(保健センター記入欄)

対象者確認日	年 月 日 確認者 ( )
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
発券NO (10桁)	
OCRライン	<input type="checkbox"/> 1 抗体検査券 (17桁) ( )
	<input type="checkbox"/> 2 予防接種予診券 (22桁) ( )
	<input type="checkbox"/> 3 予防接種券 (22桁) ( )

見本

# 風しんの抗体検査及び予防接種クーポン券交付申請書

令和5年 ○月 ○日

岬町長様

申請者 住所 岬町多奈川谷川2424-3

氏名 岬 太郎 対象者との続柄 ( 本人 )

電話 072-492-2424

下記のとおり、風しんの抗体検査及び予防接種クーポン券の交付を申請いたします。  
なお、対象者確認時、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

## 記

氏名	岬 太郎
生年月日	昭和 38 年 3 月 ○ 日 ( 59 ) 歳
クーポン券の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 抗体検査券 <input checked="" type="checkbox"/> 2 予防接種予診券 <input checked="" type="checkbox"/> 3 予防接種券
交付を申請する理由	該当する番号を○で囲んでください。 1. 岬町に転入したため ( 転入日 年 月 日 ) ②. クーポン券紛失再交付 3. 風しん追加対策対象者のため ( 昭和 37 年 4 月 2 日 ~ 昭和 54 年 4 月 1 日 生まれの男性 ) 4. その他 ( )

※対象となるのは、岬町に住所を有する昭和 37 年 4 月 2 日 ~ 昭和 54 年 4 月 1 日までの間に生まれた男性です。

※対象者本人と同一世帯以外の方が申請する場合には、委任状が必要となります。

( 保健センター記入欄 )

対象者確認日	年 月 日 確認者 ( )
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
発券NO ( 10 桁 )	
OCRライン	<input type="checkbox"/> 1 抗体検査券 ( 17 桁 ) ( )
	<input type="checkbox"/> 2 予防接種予診券 ( 22 桁 ) ( )
	<input type="checkbox"/> 3 予防接種券 ( 22 桁 ) ( )