

申請日 年 月 日

風しん抗体検査・予防接種クーポン券申請書（郵便申請用）

下記のとおり風しん抗体検査・予防接種クーポン券の発行を希望します。

※太枠の中を記入してください。

クーポン券該当者	ふり氏 名	
	生年月日	昭和 年 月 日
	住 所	秩父市
	電話番号	
	申請理由	<input type="checkbox"/> クーポン券の紛失 <input type="checkbox"/> 転入のため <input type="checkbox"/> その他（ ）
※次の文章を読み、✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 平成31年4月1日以降、クーポン券を使用して秩父市や市町村で風しん抗体検査、または予防接種を受けていません。		

※ご本人の場合は下記の記入は不要です。

申請者	ふり氏 名		続柄	
	生年月日	年 月 日		
	住 所	秩父市		
	電話番号			

同封物

身分を証明できるもののコピー

運転免許証、パスポート、健康保険証、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳など

クーポン券や風しん抗体検査結果（陰性）書類の写し（転入の場合）

確認事項

風しん抗体検査・予防接種の履歴確認

（健康管理システム、または風しん抗体検査結果（陰性）書類）

申請者確認

→免許証 パスポート 保険証 その他（ ）

クーポン券（転入の場合）

受付者（ ）