

風しん抗体検査及び風しん予防接種クーポン券交付依頼書

令和 年 月 日

播磨町長 様

住所 \_\_\_\_\_  
 (申請者) 氏名 \_\_\_\_\_  
 (本人との関係 \_\_\_\_\_)  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

みだしの件について、下記の者のクーポン券の発行を依頼します。

住所	播磨町		
氏名		生年月日	昭和 年 月 日
日中連絡のつく 電話番号	( _____ ) _____		
交付理由 (いずれかに○)	1. 早期の検査及び接種を希望するため ・昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 47 年 4 月 1 日生 ・昭和 47 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日生 2. 転入してきたため 3. 紛失したため		
備考			

以下は記入しないでください。

確認書類 (※確認したものに○)	●申請者確認：運転免許証・保険証・旅券	発行者
	その他 ( _____ )	
年齢確認 (※確認したものに○)	●代理人申請の場合：委任状 (印鑑確認)	クーポン券番号
	①昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 47 年 4 月 1 日生 ②昭和 47 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日生 ※転入の場合、前住所地での検査及び接種の確認を行うこと。	・ 190000
		・ 200000
		クーポン券の使用履歴確認
		・ 抗体検査 未・済 ・ 予防接種 未・済