風しん抗体検査・風しんワクチン予防接種クーポン券（再）交付申請書

年　　月　　日

新見市長　様

風しん抗体検査・風しんワクチン予防接種クーポン券の（再）交付を受けたいので、下記のとおり申請します。また、対象確認のため、住民基本台帳を確認することについて承諾します。

交付を希望するクーポン券の種類	□抗体検査・予防接種　　□予防接種	交付区分	交付　・　再交付
(フリガナ)		交付対象:S37年4月2日～S54年4月1日生まれ	
氏　名 (クーポン券の交付を受ける人)	印	生年月日 昭和　　年　　月　　日	
住　所	〒 新見市		
電話番号	(　　)　　－		
受診予定日	年　　月　　日　※未定の場合記入は不要です。		
クーポン券送付先	□ 住民登録地住所 □ その他 （　　）		
備　考			

※申請は原則として申し込み者本人になりますが、本人委任のもと家族等が代理で申請する場合は、下記代理者欄を必ず記入してください。

代理者 (本人以外が申請する場合)	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 代理者の連絡先　TEL（　　）　　-	続柄	

※太枠をもれなく記入後、新見市健康づくり課又は各支局へご提出いただくか、郵送にて申請してください。
※クーポン券は新見市健康づくり課で発行し、後日郵送します。

郵送の申請先	**〒718-8501 新見市新見310-3　新見市健康づくり課　予防接種担当　行**

＜市記入欄＞

受付者記入	受付日		受付者		本人確認	□
健康づくり課	住基確認	□	発送日	年　月　日		
共　通	備　考					