



受付印

風しん抗体検査及び
風しんの第5期予防接種にかかるクーポン券発行交付申請書

令和 年 月 日

下記のとおり、風しん抗体検査及び風しんの第5期の定期接種にかかるクーポン券の交付を申請します。

※太枠内に必要事項または○印を記入してください。

フリガナ	
氏名	
住所	〒 ー 東大阪市
生年月日	昭和 年 月 日生まれ () 歳
連絡先電話番号	ー ー
申請理由 ※該当理由に○印してください。	1. 氏名・住所に変更（転入など）があったため（変更交付） 2. クーポン券を紛失・破損したため（再交付） 3. 昭和37年4月2日から昭和47年4月1日生まれで個別発送対象者ではなかったため（新規交付） 4. その他 ()

※該当番号に○印を記入してください。

窓口にくられた方	1. 申請者に同じ	
	2. 代理者 ※下記の項目についても記入ください。	
	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 ー 東大阪市
申請者との関係	<input type="checkbox"/> 同居の家族 続柄 () <input type="checkbox"/> その他 () ※申請者の直筆の委任状を添えてご提出ください。	

【確認書類】

- 本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等）
- 委任状（申請者本人ではなく、代理者が申請にくられた場合）

《提出先》〒578-0941 東大阪市岩田町4-3-22-300

東大阪市保健所 感染症対策課 TEL:072-960-3805

保健所記入欄: 健康管理システム確認