

見本

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 ()

コメントの追加 [t1]: 住民票をおいている住所を記入ください。

コメントの追加 [t2]: 必ず連絡のつきやすい電話番号を記入ください。

コメントの追加 [t3]: いずれかに○印か、その他に理由を記入してください。

※該当番号に○印を記入してください。

窓口 に こ 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。	

コメントの追加 [t4]: 代理者が窓口に来た場合、原則、申請者直筆の委任状が必要となります。

【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、代理者が申請にこられた場合)

《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