

年 月 日

## 風しん抗体検査・予防接種クーポン券 交付・再交付申請書

青 森 市 長 宛

下記のとおり風しん抗体検査・予防接種クーポン券の交付・再交付を申請します。

なお、市が予防接種台帳等で交付要件を確認することに同意します。

(フリガナ) 申請者 (クーポン対象者)		生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 電 話		
交付・再交付 の理由	1. 昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 47 年 4 月 1 日生まれの男性 2. 紛失 3. 転入(転入年月日 年 月 日)		
代理申請者	氏 名 続 柄( ) 生年月日 住 所 〒 電 話		

(注 意)

紛失した無料クーポン券を発見したときは、必ず返納してください。万が一 2 回以上の受診が確認された場合は、2 回目以降は全額ご負担となります。

※青森市記入欄

交付・再交付してよろしいか(伺)	課長	TL	係
受付日:	交付日:		