

年 月 日

坂 出 市 長 殿

風しん抗体検査・風しん予防接種無料クーポン券発行および再発行申請書

風しん抗体検査および風しん予防接種を受けるにあたり,無料クーポン券
(発行・再発行)の申請をします。

記

1. 風しん抗体検査および風しん予防接種無料クーポン券
2. 風しん予防接種無料クーポン券

再発行の場合は下記内容に同意し、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。					
<input type="checkbox"/> <u>重複の接種があった場合、2回目以降の接種については、医療機関にて実費を支払います。</u>					
受 診 者	住所	坂出市	町	丁目	番 号
	氏名		電話 番号		
	生年月日	明治・大正	年	月	日 (歳)
		昭和・平成・令和			

(受診者と同一の場合、記入は不要です。)

申 請 者	住所	坂出市	町	丁目	番 号
					番地
	氏名	続柄 ()			

【本人および代理人確認欄】

マイナンバーカード・運転免許証・障がい者手帳・保険証・母子健康手帳・その他 ()

↳ 本人：Noおよび日付 () ・代理人：Noおよび日付 ()

【処理欄】 履歴確認 住基ブロック無 発行者 () 郵送 (/)

年 月 日

坂 出 市 長 殿

風しん抗体検査・風しん予防接種無料クーポン券発行および再発行申請書

風しん抗体検査および風しん予防接種を受けるにあたり,無料クーポン券
(発行・再発行)の申請をします。

記

1. 風しん抗体検査および風しん予防接種無料クーポン券
2. 風しん予防接種無料クーポン券

再発行の場合は下記内容に同意し、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。					
<input type="checkbox"/> <u>重複の接種があった場合、2回目以降の接種については、医療機関にて実費を支払います。</u>					
受 診 者	住所	坂出市	町	丁目	番 号
	氏名		電話 番号		
	生年月日	明治・大正	年	月	日 (歳)
		昭和・平成・令和			

(受診者と同一の場合、記入は不要です。)

申 請 者	住所	坂出市	町	丁目	番 号
					番地
	氏名	続柄 ()			

【本人および代理人確認欄】

マイナンバーカード・運転免許証・障がい者手帳・保険証・母子健康手帳・その他 ()

↳ 本人：Noおよび日付 () ・代理人：Noおよび日付 ()

【処理欄】 履歴確認 住基ブロック無 発行者 () 郵送 (/)