

風しん追加的対策クーポン券交付（再交付）申請書

令和 年 月 日

北名古屋市長 様

申請者 住所 北名古屋市

氏名

電話 (続柄)

下記のとおり、風しん追加的対策クーポン券の 新規・再 交付を申請します。
なお、重複受診・接種となった場合の費用については、自己負担いたします。

記

氏 名	
生 年 月 日	昭和 年 月 日
クーポンの種類	<input type="checkbox"/> 抗体検査 <input type="checkbox"/> 予防接種予診のみ <input type="checkbox"/> 予防接種
理 由	該当する番号を○で囲んでください。 1 北名古屋市に転入したため（前住所地のクーポン券を添付※） （転入日 令和 年 月 日） 2 紛失したため 3 破損したため（破損したものを添付） 4 本年度クーポン券送付ではないが、希望する対象者 5 その他 （理由： ）

※自宅にあれば破棄してもらう

- <職員確認欄>
- 生年月日（昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日）
 - 男性
 - 住基
 - 風しん追加的対策の履歴（抗体検査・MR）※平成 31 年 4 月 1 日以降