

# 令和5年度 風しん抗体検査・予防接種クーポン券交付申請書

太枠内をご記入ください。□にはチェックをしてください。

住所	桑名市
TEL (つながりやすい電話番号)	
フリガナ	
名前	
生年月日	昭和 年 月 日 対象者：昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性
希望するクーポン券	<input type="checkbox"/> 抗体検査・予防接種 <input type="checkbox"/> 予防接種 (抗体検査のみ実施済 令和 年 月 日)

下記のとおりクーポン券の発行を申請します。

記

交付理由

紛失      転入      その他 ( )

令和元年度以降に、クーポン券を使用して抗体検査・予防接種(検査の結果、必要な方のみ)を受けたことがある場合、2回目以降の費用が全額自己負担となることに同意します。

あて先 桑名市長

令和 年 月 日 申請者氏名 .....

桑名市記入欄	健康かるて 抗体検査・接種歴チェック <input type="checkbox"/>
	発行 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未→受け取り方法 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送 ( / 送付)

受付印

《お問合せ先》

桑名市役所 保健医療課 (市役所2階)

〒511-8601 桑名市中央町二丁目37番地

TEL: 0594-24-1182 / 24-1195 FAX: 0594-24-3032