

風しん第5期 抗体検査・予防接種クーポン券発行申請書

町田市長 様

申請者（被接種者）氏名：	
--------------	--

【注意】

ご家族が代理で申請する場合、こちらの欄も記入して下さい。ご本人による申請の場合は、記入不要です。

代理人（親族等）氏名：	
続柄：	
住所：	
電話番号：	

下記のとおり、クーポン券の発行をお願いします。

記

被接種者氏名		
生年月日	昭和 年 月 日	(満 歳)
	※昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性のみ	
被接種者 住民登録地 /電話番号	〒 町田市	
	TEL	
郵送先住所 (※住民登録地と異なる場合のみご記入ください。)	〒	
	TEL	
発券理由	※再発行の方のみ、該当するものを選択してください。 転入 ・ 紛失 ・ その他 ()	
発券内容	※該当するものを選択してください。 抗体検査と予防接種 ・ 予防接種のみ	

町田市記入欄

受付日		受付No.	
担当		発券No.	00

【注意事項】

※本申請書は保健予防課に郵送いただくか、保健予防課窓口（市庁舎7階704）にお持ちください。市民センター等では受付しておりませんのでご注意ください。

【郵送先】

〒194-8520
東京都町田市森野2-2-22
保健所 保健予防課 保健予防係宛

記入例

風しん第5期 抗体検査・予防接種クーポン券発行申請書

町田市長 様

申請者（被接種者）氏名：	町田 太郎
--------------	--------------

【注意】

ご家族が代理で申請する場合、
こちらの欄も記入して下さい。
ご本人による申請の場合は、

代理人（親族等）氏名：	町田 花子
続 柄	妻
住 所	町田市森野2-2-22
電 話 番 号	042-724-4239

下記のとおり、クーポン券の発行をお願いします。

記

被接種者氏名	町田 太郎	
生年月日	昭和 50 年 4 月 10 日	(満 43 歳)
	※昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性のみ	
被接種者 住民登録地 /電話番号	〒 194-8520 町田市 森野2-2-22	
		TEL 042-724-4239
郵送先住所 (※住民登録地と異なる場合 のみご記入ください。)	〒	
		TEL
発券理由	※再発行の方のみ、該当するものを選択してください。 転入 ・ 紛失 ・ その他 ()	
発券内容	※該当するものを選択してください。 抗体検査と予防接種 ・ 予防接種のみ	

町田市記入欄

受付日		受付No.	
担当		発券No.	00

【注意事項】

※本申請書は保健予防課に郵送いただくか、保健予防課窓口（市庁舎7階704）にお持ちください。市民センター等では受付しておりませんのでご注意ください。

【郵送先】

〒194-8520
東京都町田市森野2-2-22
保健所 保健予防課 保健予防係宛