

# 風しんの抗体検査と予防接種のクーポン券【交付・再発行】申請書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

申請者 住 所

氏 名

電話番号

風しん抗体検査と予防接種のクーポン券の（交付・再発行）を下記のとおり申請します。  
また、住民登録の記録等、必要な事項を調査することに同意します。

## 記

対 象 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳 )
	住 所	八王子市
	電話番号	
	申請者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
備 考		

以下は事務処理欄です。（記入不要）

◎事務処理欄

<input type="checkbox"/> 住基確認	<input type="checkbox"/> 年齢確認	<input type="checkbox"/> 再発行	<input type="checkbox"/> 重複受診	【発行者】	【確認者】
交付事由					
<input type="checkbox"/> 再発行	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

問い合わせ先

〒192-0046 八王子市明神町三丁目19-2  
東京たま未来メッセ 庁舎・会議室棟5階

八王子市保健所 FAX 042-644-9100

【抗体検査】保健対策課 ☎042-645-5162

【予防接種】保健総務課 ☎042-645-5102