

男性の風しん抗体検査及び予防接種クーポン券交付申請書

受付 () ・ 確認 ()

抗体検査 市助成歴 (有 ・ 無)

※生年月日で宛名を検索すること

申請理由 再発行 (理由:)
 転入 (年 月 日)

※ 太枠の中をご記入ください

申請日 (ふりがな)	年 月 日	宛名番号 ()
対象者氏名 (ふりがな)		
申請者氏名 (対象者と異なる場合記入)	予防接種を受ける者との続柄 ()	
生年月日・年齢	昭和 年 月 日	(歳)
対象生年月日 : 昭和37年4月2日 ~ 昭和54年4月1日生		
住所	ひたちなか市	
電話番号		

【以下の質問についてお答えください】

- ① フローを参考に対象であることを確認しましたか (はい ・ いいえ)
- ② 風しんの抗体検査を受けたことがありますか (はい ・ いいえ)
※②に、はいと回答された方
- その時、市のクーポン券を使用しましたか (はい ・ いいえ)
- 検査を受けたのはいつですか (年 月 日)
- 抗体検査の結果の値はいくつでしたか (抗体価:)
- その際、医師より予防接種が必要と言われましたか (言われていない・言われた)
- ◆ 男性の風しん抗体検査及び予防接種クーポン券の利用は1人1回です。クーポン券を2回以上使用した場合、2回目以降は全額自己負担となることを理解されていますか。
(はい ・ いいえ)

受付者記入欄(配布物確認)

発行するクーポン券は (抗体検査＋予防接種 ・ 予防接種のみ)

抗体検査及び予防接種クーポン券 お知らせ及び市内実施医療機関一覧