

申請前の事前確認（チェック欄に記入☑のうえ申請に進んでください）

チェック	確認事項
<input type="checkbox"/>	検査内容は、「風しん」の抗体検査です。この検査で「麻しん（はしか）」の抗体を検査することはできません。
<input type="checkbox"/>	西宮市がクーポン券を交付できるのは、抗体検査・予防接種を受ける時点で西宮市に住民登録がある人です。
<input type="checkbox"/>	この受診クーポン券の交付対象者は、 <u>昭和 37 年 4 月 2 日～昭和 54 年 4 月 1 日（1962 年 4 月 2 日～1979 年 4 月 1 日）</u> 生まれの <u>男性</u> です。
<input type="checkbox"/>	過去に別の機会に風しん抗体検査を行い、HI 法 16 倍以上相当の抗体があることが判明している場合は今回改めて抗体検査を行う必要はありません。
<input type="checkbox"/>	受付から交付まで 1 週間から 10 日程度かかる場合がありますので、受診日まで余裕をもってご申請ください。

申請日： 年 月 日

受診クーポン券（風しん抗体検査・風しん定期接種）交付申請書

西宮市長 様

下記のとおり、風しん抗体検査及び風しん定期接種の受診クーポン券の交付を申請します。

氏名 (クーポン券の交付を受ける人)	(フリガナ)	生年月日	昭和	年	月	日
			西暦			
住民登録の住所	〒 西宮市					
電話番号						
受診予定日						
送付先	<input type="checkbox"/> 住民登録地住所 <input type="checkbox"/> その他(〒)					
備考	<input type="checkbox"/> (1)市外からの転入 <input type="checkbox"/> (2)紛失による再発行					

※申請は原則として申し込み者本人となりますが、本人委任のもと家族等が代理で申請する場合は、下記代理者欄を必ず記入してください

代理者 (本人以外が申請する場合)	(フリガナ)	続柄
	代理者の連絡先 TEL:() -	

※太線枠内をみれなく記入後、西宮市保健所保健予防課窓口か郵送で申請してください

宛先 〒662-0855 西宮市江上町 3-26 西宮市保健所保健予防課 予防接種チーム 行

<市記入欄>

受付日		受付者		住基確認	
発送前確認		発送日			