

定期

佐賀市風しん抗体検査及び予防接種クーポン券交付申請書

年 月 日

佐賀市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

このことについて、下記のとおり風しん抗体検査及び予防接種を希望しますので、クーポン券の交付を申請します。費用が必要な場合には、自己負担します。

記

被接種者氏名	ふりがな	申請者との続柄	
生年月日・年齢	昭和 年 月 日 (歳)	日中の連絡先	
被接種者住所 (申請者と同じ場合は不要)	佐賀市		
申請するクーポン	<input type="checkbox"/> 抗体検査・予防接種 <input type="checkbox"/> 予防接種のみ(抗体検査受検済)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 再発行(紛失) <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他()		

※佐賀市記入欄 <input type="checkbox"/> 住民確認(TIARA・運転免許証・健康保険証・その他) <input type="checkbox"/> 対象年齢の確認 <input type="checkbox"/> S37.4.2~S54.4.1生 <input type="checkbox"/> 抗体検査・予防接種歴の確認 <input type="checkbox"/> 抗体検査歴(有・無) <input type="checkbox"/> 予防接種歴:TIARAで確認 <input type="checkbox"/> 接種歴有り(接種日: 年 月 日)R1.5.1以降の接種者は交付対象外 <input type="checkbox"/> 接種歴無し <input type="checkbox"/> 交付台帳に記入 <input type="checkbox"/> TIARA入力:メモ「風疹」 例, R4.4.1申請にて来庁、クーポン発行。前市にて抗体検査のみ受検。	受付印
<input type="checkbox"/> 発行(渡したものをチェック) <input type="checkbox"/> クーポン券(<input type="checkbox"/> 抗体検査 <input type="checkbox"/> 予防接種) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 医療機関名簿 <input type="checkbox"/> 交付不可(理由を申請者に説明) 理由 : 住基外・接種済・その他()	健管番号

受付者サイン