

京都市風しん抗体検査・予防接種クーポン券交付申請書

(宛先)京都市長

太枠内のみ記入してください。

		申請日	令和	年	月	日
本人 【必須】	フリガナ					
	氏 名	生年 月 日	昭和	年	月	日 (満 歳)
	住 所 <small>(住民登録地)</small>	〒 ー 京都市 区				
	連絡先	ー ー ※日中に繋がる連絡先を記入してください(携帯電話可)。申請内容に不備がある場合、 連絡させていただくことがあります。				
【該 代理人 のみ】	フリガナ					本人との続柄
	氏 名	※本人以外の方が申し込む場合のみ記載してください。 ※同一世帯以外の方が申請する場合は、委任状を添付してくだ さい。				
	連絡先	ー ー ※日中に繋がる連絡先を記入してください(携帯電話可)。申請内容に不備がある場合、 連絡させていただくことがあります。				
送付先 【該当者のみ】		〒 ー ※クーポン券の送付先が住民登録地と異なる場合に記載してください。				
		<input type="checkbox"/> 他市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他( )				

※クーポン券の発行までに概ね2週間程度かかります。なお、混雑具合によっては、発行時期が前後しますので、あらかじめ御了承ください。

備考欄	
-----	--

申請書受理	令和	年	月	日
クーポン券 発行日	令和	年	月	日
郵送日	令和	年	月	日