

令和8年度 男性の風しん予防接種クーポン券交付申請書

ひたちなか市長 殿

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	年 月 日	
ふりがな		宛名番号 (※市記入欄)
対象者氏名		
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		
(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 ()	

【以下の質問についてお答えください】

1. 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)

※ 「いいえ」の場合、予防接種クーポンの発行に該当しません。

※ 「はい」と回答された方は、抗体検査結果票をご提示ください。

○その時、市のクーポン券を使用しましたか。 (はい ・ いいえ)

○その際、医師より予防接種が必要と言われましたか。 (言われた ・ 言われていない)

市記入欄: 検査日 (年 月 日) 対象は令和7年3月31日以前

検査方法 ()

検査結果 ()

2. 男性の風しん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)

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

ひたちなか市健康推進課