**久御山町成人風しん抗体検査および予防接種クーポン券交付申請書**

**※太枠内のみご記入ください。**

|  |
| --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日 |

（あて先）　久御山町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **※当該事業における、風しん抗体検査および予防接種を２回以上した場合、２回目以降は**  **全額自己負担となることに同意します。** | | |
| 申請者 | 住所 | 久御山町 |
| ふりがな  氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 電話番号 | －　　　　　　　　ー |

**次のとおり、風しん抗体検査・予防接種クーポン券の交付を申請します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 交付の理由 | １．未交付　　　　２．転入　　　　３．再交付（紛失等）　　　　４．その他（　　　　　　　） |

**※交付の理由が　『２．転入』　の方のみご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 久御山町内に住所を定めた日 | 年　　　　　月　　　　　　日 |
| 前住所 |  |

**※以下は記入しないでください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者生年月日 | 確認 |  | クーポン№ |  |
| **昭和37年４月２日　～　昭和54年４月１日** |  |  |  |  |

※交付前に受診歴を確認してください。

※再交付の場合は、「再交付」の朱印を用紙右肩に押印してください。