

# 風しん抗体検査及び風しん予防接種無料クーポン券(再)交付申請書

## ◆対象者◆

1. 昭和37年4月2日から昭和47年4月1日の間に生まれた男性 ⇒令和2年6月一斉送付
2. 昭和47年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性 ⇒令和元年6月、2年3月一斉送付

菰野町長 宛

風しん抗体検査及び風しん予防接種無料クーポン券の(再)交付について、下記のとおり申請します。  
また、申請の内容について、住民票記載内容や予防接種履歴等の個人情報について確認することに同意します。

## 記

対 象 者	(ふりがな)		生年月日 (年齢)	昭和	年	月	日
	氏名			(		歳)	
	住所 (居住地)	〒 510 - 菰野町					
	交付理由	<input type="checkbox"/> ① 汚濁、破損 <input type="checkbox"/> ② 紛失 <input type="checkbox"/> ③ その他( )					
	申請者 令和 年 月 日	住所 (居住地)	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ <input type="checkbox"/> 対象者と異なる(以下に記載)				
	対象者からみた続柄	氏名					
		電話	-	-			

菰野町健康福祉課記入欄	
受付方法	
本人確認	免許証・保険証・マイナンバーカード その他( )
クーポン券交付	窓口・郵送
発行日	令和 年 月 日

受付印
-----