

様式第2（第5条関係）

風しん抗体検査・予防接種クーポン券交付（再交付）申請書

年 月 日

東 郷 町 長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

私は、風しん抗体検査・予防接種クーポン券の交付（再交付）を申請します。

利 用 者	フリガナ		電話番号	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住 所	東郷町		
対 象 区 分	<input type="checkbox"/> 昭和37年4月2日から昭和47年4月1日生まれ <input type="checkbox"/> 昭和47年4月2日から昭和54年4月1日生まれ			
理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他			
助成対象の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード			

- 備考 1 該当する□にチェックしてください。
2 他市町村、特別区からの転入によりクーポン券の交付申請をする場合は、前住所地ですでに交付されたクーポン券を添付してください。
3 クーポン券を汚すなどして再交付申請する場合は、破れたり、汚れたりしたクーポン券を添付してください。
4 クーポン券の再交付を受けた後に紛失した受診票を発見したときは、必ず返納してください。