様式第２（第５条関係）

風しん抗体検査・予防接種クーポン交付（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 ｶﾞ ﾅ |  | 電話番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　　　歳） | | |
| 住　　所 | 東郷町 | | |
| 対　象　区　分 | | * 昭和３７年４月２日から昭和４７年４月１日生まれ * 昭和４７年４月２日から昭和５４年４月１日生まれ | | |
| 理　　　　　由 | | □　紛失  □　転入  □　その他 | | |
| 助成対象の確認 | | * 運転免許証 * 健康保険証 * 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。