様式第１号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

風しんの抗体検査および予防接種クーポン券交付申請書

米原市長　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 電話番号 | （ |  | ） |

下記のとおり、風しんの抗体検査および予防接種クーポン券の交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生　年　月　日 | 昭和 |  | | 年 | |  | | 月 | | |  | | | | 日（ | |  | | 歳） | |
| 申　請　理　由  （１～３のいずれかに○） | 米原市に転入したため | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 転入日　　令和 | | | |  | | 年 | |  | | | 月 | |  | | 日 | |  | | |
| クーポン券を破損または亡失したため  　　　抗体検査の受診状況（下記のどちらかに） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未受診　　　受診済（ | | | | | | | | |  | | | 月頃 ） | | | | | | | |
| ※無料クーポン券の御使用は１人１回のみです。無料クーポン券を重複して使用されますと、後日、費用を全額自己負担いただきますので御注意ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他（ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | ） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 |  | | | | | | | | | |
| 発行（可・不可）年月日 |  | | | | | | | | | |
| クーポン券発行No |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（市記入欄）