|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |  |

新得町風しん抗体検査・予防接種クーポン券（交付・再交付）申請書

申請日　令和　　年　　月　　日

新　得　町　長　　様

　　風しんの追加的対策の対象者のため、下記のとおり風しん抗体検査・定期予防接種

クーポン券の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　　　　象　　　　者 | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　　所  （住民登録の  あるところ） | 〒  　　新得町 |
| 生年月日 | 昭 和　　 　年　　 　月　　 　日生　(　 　　 歳) |
| 電話番号 |  |
| 申請理由 | □　令和元年度（2019年度）クーポン券対象外のため  　　　（昭和37年４月２日～昭和47年４月１日生まれ） |
| □　転入のため |
| □　クーポン券を紛失・破損したため  　　　□風しん抗体検査と予防接種の両方  　　　□予防接種のみ |
| □　有効期限が切れたため |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

申請は原則として対象者本人となりますが、家族が代理で申請する場合は、下記を記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理者 | （ふりがな） | 電話番号 | 続柄 |
| 氏名 |  |  |

申請前確認事項

　　　下記を読み、該当及び確認した項目はチェック欄に記入☑して下さい。

|  |
| --- |
| □　今年度中にクーポン券を利用して風しん抗体検査・予防接種は受けていません。  　　　（転入前の市町村ですでにクーポンを利用して抗体検査を受けた場合など） |
| □　現在、新得町に住民登録があります。 |
| □　【確認】  下記に該当する場合抗体検査は必要はありませんが、希望する場合は検査可能です。  ●過去に風しん抗体検査等により確定診断を受けた事があり、罹患した記録がある方  ●平成26年４月１日以降に受けた風しん抗体検査により十分に抗体を保有している  事を示す記録がある方 |
| ※予防接種のクーポンのみ発行のかた  □　予防接種の際には、検査実施医療機関が発行した検査結果が必要です。 |

※申請から自宅に郵送するまで１週間程かかりますので、その期間を勘案して予約などを行うようにし下さい。

※紛失された方でクーポン券が見つかった場合は、保健福祉課健康推進係まで返却して

　いただきますようお願いします