|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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