風しんの追加的対策対象者：昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性

　令和元年度から令和６年度の間に風しんの抗体検査を受診した方が対象となります

|  |
| --- |
| **風しん抗体検査結果　再発行申請書**日向市長　様　　　　　風しんの追加的対策の抗体検査結果の再発行について、下記のとおり申請します。申請日　令和　　　年　　　　月　　　　日　申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　申請者　氏名(自署)　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　（　　　　　　　）申請者　生年月日　Ｓ・Ｈ　　　　年　　　月　　　日　　　　 |
| 住民基本台帳上の住所 | 日向市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※ | □申請者と同じ※印：申請者と同じ記入不要 |
| 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日　電話番号　　　　 　　　 ※ |
| 対象者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ |
| 【　日向市処理欄　】 |
| 日向市記入欄 | □住民登録確認　□対象者生年月日確認(S37年4月2日～Ｓ54年4月1日生まれ)□抗体検査受検確認 |
| 確認書類 | （免・パ・マイ・障・他　　　　　　） |
| ※転入前の市区町村でクーポン券を使って抗体検査を受けている場合は、当該市区町村へご相談ください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 処理日 | 処理者サイン |
| 受付日 |  |  |
| 申請者へ交付日 |  |  |
| 備考 |

　　　　　受　付　印