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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **成人風しん予防接種クーポン券申請書**  **□**再交付　（紛失・破損等）　 **□**　追加交付（転入）  日向市長　様　　　　　風しんの追加的対策クーポン券の発行について、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：申請者と同じ場合記入は不要 |
| 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日　電話番号　　　　 　　　 ※ | | |
| 対象者氏名 | ※ | | |
| 【　注意事項　】  ①虚偽の申請や重複して受診した場合は、実費相当の金額を負担していただきます。  ②転出の場合は、使用できなくなりますので転出先市区町村で再交付の手続きを行ってください。  ①，②について了承しました。　　　　　　　　　　　　　　　　（自署） | | | | |
| 【　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) | | | |
| クーポンの種類 | □予防接種のみ | 確認書類 | （免・パ・マイ・障・他　　　　　　） | |
| ※予防接種のみの場合は、国が示している定期接種の抗体価基準の場合に対象となります。  　平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果の証明書が必要です。  　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、受診票の本人控えを確認ください。 | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 処理日 | 処理者サイン |
| 受付日 |  |  |
| クーポン作成日 |  |  |
| 申請者へ交付日 |  |  |
| 備考 | | |

受　付　印