

課長	係長	主査	係

追加的風しん対策事業クーポン券交付申請書

嘉島町長 あて

令和 年 月 日

下記のとおり、追加的風しん対策事業における無料クーポン券の交付を申請いたします。なお、クーポン券の交付にあたり、住民基本台帳等の調査・照会・閲覧等に同意します。

被発行者 <small>(クーポン再発行を希望する方)</small>	【住所】〒861-31 _____ 嘉島町大字 _____ 【氏名】 _____ (男) 【生年月日】 昭和 年 月 日 【日中連絡がとれる連絡先】 _____ - _____
申請者	【氏名】 _____ 【被発行者との関係】 本人・配偶者・他 () ※被発行者が来所できない場合、同一世帯のご家族であれば本人にかわり来所申請することができます (来所されるご家族の本人確認できる物も持参ください)。
申請理由	1. 紛失 ※裏面の「誓約書」にも記入が必要です。 2. 他市町村からの転入 3. その他 (理由: _____)
利用予定	1. 医療機関 (_____ 月頃・未定) 2. 職場での健診時 (_____ 月頃・未定) 3. 町の集団特定健診時 (8月・11月)
希望する受取方法	1. 嘉島町役場町民保険課窓口での受取 (受取希望日時: 月 日 時頃) 2. 郵送 ※自宅に届くまでに約1週間かかります。

以下はクーポン券を発行するにあたり確認する事項となりますので、太枠の中をご記入ください。記入いただいた内容により、対象となるクーポン券を発行いたします。

(1) 過去に風しん抗体検査を受け、『予防接種をしなくてよい(抗体価がある)』と判定されたことがありますか。	はい※1	いいえ わからない
(2) 町から発行されたクーポン券をすでに利用開始していますか。	はい	いいえ※2
・「はい」と回答された方へ・		
① 抗体検査の結果はいかがでしたか(予防接種の必要性について)	抗体価がある ※1	抗体価がない
② クーポン券を利用し、予防接種を受けましたか	はい	いいえ※3

※1: クーポン券発行対象外です。

※2: 『抗体検査』と『予防接種(予診のみを含む)』の両方のクーポン券を発行します。

※3: 『予防接種(予診のみを含む)』のみのクーポン券を発行します。

下記の書類をそろえて提出してください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 本申請書 ※必ずボールペンで記入してください。消えるボールペンは使用しないでください。 被発行者の運転免許証等の本人確認書類(ご家族が申請に来所する場合や郵送の場合はコピーしたもの) |
|--|

嘉島町追加的風しん対策事業におけるクーポン券再発行に関する誓約書

嘉島町長 あて

令和 年 月 日

私は、嘉島町追加的風しん対策事業におけるクーポン券再発行に関し、下記事項を遵守することを誓約いたします。

記

- 1、紛失したクーポン券が見つかった場合、嘉島町へ届け出し、そのクーポン券を再度利用したり、第三者に譲渡・転売したりすることはいたしません。
- 2、万が一、そのクーポン券を重複して利用した場合や、第三者に譲渡・転売した場合の、本事業に関する損害等の費用は自分（申請者）が責任を持ち、嘉島町に責任追及したりしません。

以上

本人（申請者）署名

印

※本人以外が署名する場合は押印が必要です