

大洗町風しん抗体検査・予防接種クーポン券発行・再発行申請書

令和 年 月 日

大洗町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

下記のとおり、クーポン券の（発行 ・ 再発行）を申請します。

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 大洗町	
フリガナ 氏 名		
生年月日	昭和 年 月 日生 （ 歳）	
申請理由	発行	<input type="checkbox"/> 昭和37年4月2日から昭和41年4月1日生まれ
	再発行	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※R1 送付対象者：S47.4.2~S54.4.1 生 R2 送付対象者：S41.4.2~S47.4.1 生
		<input type="checkbox"/> 転入 → クーポン使用確認 抗体検査： <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 予防接種： <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用

【以下、職員記入】

生年月日の確認	<input type="checkbox"/> 昭和37年（1962年）4月2日～ 昭和54年（1979年）4月1日生
有効期間の確認	<input type="checkbox"/> R1→2021年3月 R2→2022年3月