年　　月　　日

　（宛先）高松市長

**風しんの追加的対策事業クーポン券発行申請書**

　**風しんの追加的対策事業クーポン券の発行について、以下のとおり申請します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | (ふりがな)氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 電話番号 | 　 |
| 対象者との関係 | □　本人　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対　象　者（申請者と対象者が異なる場合はこの欄にもご記入ください。） | （ふりがな）氏　　名 | 　　　 |
| 住民登録住　　所 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 抗体検査 | 未実施　　・　　実施済 |
| 申請理由 | □　紛失　・　転入□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

◎　申請者が対象者（本人）と異なる場合は、下記の対象者同意欄に本人の同意の署名が必要です。

　　また、申請の際には、申請者の身分証明証（運転免許証など）を提示（郵送の場合はコピーを同封）してください。

|  |
| --- |
| 【対象者同意欄】　私は、本事業におけるクーポン券発行について、申請者が代理申請し、クーポン券を代理受領（申請者住所地等への送付）することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

* 申請者がクーポン券の郵送を希望する場合で、申請者の住所地以外の住所地に送付を希望するときは、下記に送付先をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| クーポン券送付先 | 〒 |

※保健予防課処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書受付日 | 　　年　　月　　日（郵送・来所） | 担当者 |  |
| 申請者身分証明書 | □　運転免許証　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| システム確認 | □抗体検査履歴（ 有 ・ 無 ）□予防接種履歴（ 有 ・ 無 ） | ダブルチェック |  |
| □確認済 |
| クーポン券発行日 | 　　年　　月　　日（郵送　　月　　日） |