

風しんの追加的対策に伴う抗体検査・定期予防接種クーポン券申請書

令和 年 月 日

白老町長 様

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 本人・その他 ( \_\_\_\_\_ )

電話 \_\_\_\_\_

対象者氏名		生年月日	
フリガナ			
(印)		昭和	年 月 日
住所	※住所が申請者と同じ場合は、「申請者と同じ」に○を付けて下さい。		
	〒  ・申請者住所と同じ		
送付先	※住民票上の住所以外に送付を希望する場合のみご記入ください。		
	〒		
申請理由			
該当するものに✓をつけてください。			
新規		再発行	
<input type="checkbox"/> 令和元年5月21日以降に白老町へ転入した <input type="checkbox"/> 昭和37年4月2日～昭和47年4月1日生まれ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		<input type="checkbox"/> ※既に白老町からクーポン券が発行されている方 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ※先に交付されたクーポン券が見つかった場合は必ず破棄し、再発行された新しいクーポン券をご使用ください。	
<b>【送付・問合せ先】</b> 〒059-0904 白老郡白老町東町 4-6-7 白老町総合保健福祉センター いきいき4・6 健康福祉課 健康推進G (TEL: 0144-82-5541) <b>※申請書は健康福祉課窓口または各出張所にお持ちいただくか、または郵送でご提出ください。</b> (郵送または出張所へのご提出の場合は、郵送での交付となりますので、お届けまで数日かかる場合があります。ご了承ください。)			