

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 白老町東町4-6-7氏名 白老 太郎続柄 本人 その他 ()電話 0144-82-5541

対象者氏名		生年月日	
フリガナ	<u>シラオイ タロウ</u>		
	<u>白老 太郎</u> (印)	昭和	<u>54</u> 年 <u>4</u> 月 <u>1</u> 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。		
	〒 <u>・申請者住所と同じ</u>		
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		※既に白老町からクーポン券が発行されている方	
<input type="checkbox"/> 昭和37年4月2日～昭和47年4月1日生まれ		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失	
<input type="checkbox"/> その他 ()		<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。	

【送付・問合せ先】

〒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)

※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。(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。)