

緊急風しん対策事業 クーポン券発行申請書 《再発行用》

松伏町長 あて

令和 年 月 日

下記の通り、緊急風しん対策事業における無料クーポン券の発行を申請いたします。

なお、クーポン券発行にあたり、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	【住所】〒343-01 __ __ 松伏町
クーポン再発行を希望する方	【氏名】 _____ 【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）。
紛失届け ・ 発行理由	※紛失した理由・再発行を必要とする理由の <u>詳細</u> を記入してください。
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 ※町の国民健康保険加入者ですすでに集団健診を申込みしている方のみ

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) クーポン券をすでに利用開始していますか。 ・ ・ 「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（ <u>予防接種の必要性</u> について） ② クーポン券を利用し、予防接種を受けましたか	はい 抗体価がある※ ¹ （予防接種は不要と判定） はい 〔 予診のみ※ ⁴ 予防接種※ ¹ 〕	いいえ※ ² 抗体価がない （予防接種が必要と判定） 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（全3種類）。

※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（全2種類）。

※4：『予防接種（予診のみを除く）』のクーポン券を発行します（1種類）。

下記の書類をそろえて提出してください。

1. 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。
2. 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）
3. 誓約書 ※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。

--- ※※ 以下 保健センター記入欄 ※※ ---

【受理 No.】	【受理日】 R . .	【クーポン発行】 対象外 対象（1枚/予防接種のみ）
【本人確認書類】 運転免許証/マイナンバーカード/他（ ）	【発行日】 R . .	
【備考】		

記入見本

風しん対策事業 クーポン券発行申請書 《再発行用》

松伏町長 あて

申請日を必ず記入してください。

令和 ● 年 ● 月 ●● 日

下記の通り、緊急風しん対策事業における無料クーポン券の発行を申請いたします。
 なお、クーポン券発行にあたり、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 クーポン発行を希望する方	【住所】〒343-01 <u>1 1</u> 松伏町 大字松伏428番地 【氏名】 松伏 太郎 【生年月日】昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 【日中連絡がとれる連絡先】 048 - 992 - 3170
申請者	【氏名】 松伏 太郎 【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)。
紛失届出 発行理由	※紛失した理由・再発行を必要とする理由の <u>詳細</u> を記入してください。 使用する前に紛失したため 転入したため
利用予定	1. 医療機関 (7 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 ※町の国民健康保険加入者ですすでに集団健診を申込みしている方のみ

以下はクーポン券を発行するにあたり確認する **過去に抗体検査を受けたことが無い方は『いいえ』に○をつけてください。** 記入
 いただいた内容により、対象となるクーポン券を

(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) クーポン券をすでに利用開始していますか。 ・「はい」と回答された方へ・	はい	いいえ ^{※2}
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} (予防接種は不要と判定)	抗体価がない (予防接種が必要と判定)
②クーポン券を利用し、予防接種を受けましたか	はい (予診のみ ^{※4} 予防接種 ^{※1})	いいえ^{※3}

クーポンを使用している方は①・②にも○をつけてください。

- ※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(全3種類)。
- ※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(全2種類)。
- ※4: 『予防接種(予診のみを除く)』のクーポン券を発行します(1種類)。

下記の書類をそろえて提出してください。

1. 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。
2. 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)
3. 誓約書 ※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。

--- ※※ 以下 保健センター記入欄 ※※ ---

【受理No.】	【受理日】 R . .	【クーポン発行】 対象外 対象 (1枚/予防接種のみ)
【本人確認書類】 運転免許証/マイナンバーカード/他 ()	【発行日】 R . .	
【備考】		

松伏町緊急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

松伏町長あて

令和 年 月 日

私は、松伏町緊急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

- ・ 紛失したクーポン券が見つかった場合、松伏町（保健センター）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。
- ・ 万が一、過去にクーポン券を利用して検査をしていたことがある場合や、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が責任を持ち、町に請求したり責任追及したりしません。

以上

本人署名

印

松伏町緊急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

記入見本

松伏町長あて

申請日を必ず記入してください。

令和 ●年 ●●月 ●●日

私は、松伏町緊急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

- ・ 紛失したクーポン券が見つかった場合、松伏町（保健センター）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。
- ・ 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が責任を持ち、町に請求したり責任追及したりしません。

以上

再発行を希望するご本人が必ず署名してください。

本人署名 松 伏 太 郎

松
伏
印

ご本人が保健センターに来所する場合には押印は不要です。郵送で申請する場合やご本人以外の方が保健センターに来所して申請する場合には、必ず押印してください。押印がない場合は受理できません。