

様式 1

風しん抗体価検査等クーポン券 交付 申請書  
再交付

国東市長 殿

私は風しん抗体価検査等クーポン券の（ 交付 ・ 再交付 ）について以下のとおり申請します。なお、本券を用い風しん抗体検査および予防接種を受けた後、未使用のクーポン券を使用して同検査および予防接種を受けた場合、その費用相当額を国東市に返還します。

令和 年 月 日

住 所 (住民票所在地)	国東市
フリガナ	
氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	

【再交付の場合は下記のいずれかに○をしてください】

再交付理由	・ 紛失 ・ 破損 ・ その他 ( )
-------	---------------------

以下国東市使用欄

(担当課)

申請方法	受付担当者 所属・氏名	受付印
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送・FAX	所属  氏名	

(医療保健課)

クーポン券発行		発送・受け渡し	
発効日	担当者	発送日	担当者
R 3 年 月 日		R 3 年 月 日 窓口渡し日	
		R 3 年 月 日	