（別記第１号様式）

**函館市風しんに関する追加的対策抗体検査・予防接種無料クーポン券再交付申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付申請日 | 年　　月　　日 |
| 無料クーポン券の種類 | 抗体検査　　・　　予防接種 |
| 再交付を受けようと  する理由 | き損・紛失・その他（　　　　　） |

（再交付を受けようとする理由がき損である場合は，き損した無料クーポン券を添付すること。）

　函館市風しんに関する追加的対策抗体検査・予防接種無料クーポン券の再交付を受けたいので，函館市風しんに関する追加的対策事業実施要綱第２０条第２項の規定により申請します。

　函館市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　昭和　　　年　　　月　　　日生

　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　（　　　　　）

|  |
| --- |
| ※函館市記入欄  　無料クーポン券番号 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 主　査 | 担　当 | 申請のとおり再交付したい。  　　再交付年月日　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |