

申請日 令和 年 月 日

- 1 ☐窓口申請 ☐FAX・郵送・メール申請 ☐電話申請（同一世帯でない場合、代理申請不可）
- 2 ☐発行（転入・未着） ☐再発行（紛失等）
- 3 過去にB型肝炎ウイルス検査を受診していない ☐はい ☐いいえ→B型肝炎ウイルス検査は受診できません。
- 4 過去にC型肝炎ウイルス検査を受診していない ☐はい ☐いいえ→C型肝炎ウイルス検査は受診できません。

無料クーポン券発行・再発行者氏名		生年月日	
フリガナ		昭和 年 月 日生	
氏 名			

申請者(本人)	代理者	申請者と同じ部分は省略
郵便番号(必須): 〒	郵便番号(必須): 〒	
住 所(必須):	住 所(必須):	
氏 名(必須):	氏 名(必須):	(続柄:)
電話番号(必須):	電話番号(必須):	

※同一世帯でない場合は委任状が必要です。（電話申請不可）

上記のとおり申請します。

＜市記入欄＞

システム（住基情報）確認	☐ 登録あり ☐ 登録なし →発行不可
聞き取り住所と市登録住所の一致	☐ 一致 ☐ 一致しない →発行不可
システムでの受診履歴確認	☐ なし ☐ あり →発行不可
対象者（生年月日確認）	昭和 59 年 4 月 2 日から昭和 60 年 4 月 1 日 ☐ 該当チェック
発行時確認（印刷物と申請書）	☐ 一致 ☐ 一致しない
処理	☐ 窓口渡し ☐ 発送（発送日 / ）本人宛・代理人宛

■申請内容を確認した上で、本証明書の交付を行いました。
令和 年 月 日 （受付番号 ）
申請者の無料クーポン受診券番号 #

審査者	確認者	受付者