

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			
氏名		昭和	年 月 日生

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	<input type="checkbox"/> 登録あり <input type="checkbox"/> 登録なし →発行不可
聞き取り住所と市登録住所の一致	<input type="checkbox"/> 一致 <input type="checkbox"/> 一致しない →発行不可
システムでの受診履歴確認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →発行不可
対象者（生年月日確認）	昭和60年4月2日から昭和61年4月1日 <input type="checkbox"/> 該当チェック
発行時確認（印刷物と申請書）	<input type="checkbox"/> 一致 <input type="checkbox"/> 一致しない
処理	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 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