

風しん抗体検査・予防接種クーポン券（再発行）申込書

年 月 日

潟 上 市 長 様

申 込 者 住 所 _____
電話番号 _____
(ふりがな)
氏 名 _____
生年月日 _____

- ・対象者の該当となるところに○をしてください。
- ・添付書類のいずれかの□にレ点をしてください。
- ・本人以外の方が申込みに来る場合は、委任状を提出してください。

対象者	添付書類
① 昭和37年4月2日～ 昭和47年4月1日生まれの男性	<input type="checkbox"/> 健康保険証（コピー） <input type="checkbox"/> 運転免許証（コピー） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（コピー）
② 昭和47年4月2日～ 昭和54年4月1日生まれの男性	<input type="checkbox"/> 健康保険証（コピー） <input type="checkbox"/> 運転免許証（コピー） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（コピー）

※再発行の理由：（ ）

※委任者本人（頼む人）が“すべて”直筆で記入してください。

委 任 状

記入日： 年 月 日

潟上市長 あて

委 任 者
(頼む人)

住所 _____

氏名(自署) _____ 印

生年月日 昭和 年 月 日

電話番号 _____

代 理 人
(代わりに窓口に来る人)

住所 _____

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 _____

上記の者を代理人と定め、下記事項にかかる権限を委任します。

委任事項

_____ に関すること

受任者の健康保険証や運転免許証の添付