

母子健康手帳再交付・受診券交付申請書

呉市保健所長 殿

太枠内をご記入ください

本人または 保護者	(ふりがな) 氏 名
	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
	(居住地) 呉市 電話 (_____) _____ <small>※お母さんやお子さんの健康等について連絡をする場合があります。 日中、連絡が取れる番号をご記入ください。</small>
妊婦の場合	出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (現在 妊娠 _____ 週)
子	(ふりがな) 氏 名
	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)
交付理由	転入：転入日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 前住所地 (_____) 破損 ・ 紛失 ・ その他 (_____)

(注1) 申請時に本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の提示をお願いします。

(注2) 代理の方が来所の場合は、代理人の本人確認書類を御持参ください。また、代理の方が同世帯の家族以外の場合は委任状を御持参ください。委任状に不備がある場合は手続きをお断りする場合があります。

【呉市記入欄】 こんにちは赤ちゃん訪問同意 (あり・なし) 対応者 (_____)

<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査補助券 産後2週間 / 産後1か月
<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査補助券 (_____) 回目 ~ (_____) 回目	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査補助券
<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査検査券	<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査受診票
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診受診券	<input type="checkbox"/> 3~4か月児健康診査受診票
<input type="checkbox"/> 妊婦歯科健康診査受診券	<input type="checkbox"/> 乳児後期健康診査受診票
<input type="checkbox"/> クラミジア検査受診券	
特記事項	