

母子健康手帳再交付申請書

年 月 日

湖南市長 あて

申請者 住 所
氏 名
子との続柄
電話番号

下記の者(児)について、母子健康手帳の再交付を下記の添付書類を添えて申請します。
なお、再交付後に当初の母子健康手帳が発見された場合は、再交付分を市へ返却します。

記

フリガナ 母(妊婦)氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ 子の氏名		生年月日	年 月 日
住所 ※申請者が母以外の場合	湖南市 電話()		
再交付理由	1. 紛失 2. 破損 3. 海外からの転入 4. その他()		
母子健康手帳 への転記	1. 特になし 2. 母子健康手帳再交付にあたり、本児の記録等で市が把握しているものについて情報開示を希望する(該当するものに○) ※予防接種記録以外は、就学前までの子に限る () 予防接種記録 () 出生時の計測値 () 1か月児健康診査 () 新生児(乳児)訪問 () 4か月児健康診査 () 10か月児健康診査 () 1歳6か月児健康診査 () 2歳6か月児健康相談・歯科健康診査 () 3歳6か月児健康診査 () その他		
外国語版	ポ・ス・中・英・韓・タ・ベ・その他(語)		

※市使用欄

申請者本人確認	1. 運転免許証 2. 健康保険証 3. 在留カード・特別永住者証明書 4. その他()
確認者	