

## 母子健康手帳等交付申請書

藤沢市長

年 月 日

次のとおり申請します。

なお、市がこの申請により、住民記録情報等を母子保健サービスに利用することに同意します。

※申請書の内容について健康づくり課から連絡させていただく場合があります。

※妊娠届出内容(出産応援給付金)について、前住所地等にお問い合わせをさせていただく場合があります。

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 転入日： 年 月 日 前住所地：
	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他( )
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日中連絡がつく 電話番号 <input type="text"/>
メールアドレス	@ <input type="text"/>

出産応援給付金	<input type="checkbox"/> 前住所地で申請済み <input type="checkbox"/> 前住所地で申請をしていない	職業 <input type="text"/>	
妊婦氏名	刀ガナ <input type="text"/>	出産予定日	年 月 日
		現在の週数	満 週・ か月
生年月日	年 月 日 ( 歳)	今回の妊娠	初産・経産( 回目)
現在通院中の病気			単胎・多胎( 人)
過去に治療した病気		分娩予定機関	

母の氏名	刀ガナ <input type="text"/>	生年月日	年 月 日 ( 歳)
父の氏名	刀ガナ <input type="text"/>	生年月日	年 月 日 ( 歳)
対象となる子の氏名	刀ガナ <input type="text"/>	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	刀ガナ <input type="text"/>	生年月日	年 月 日 ( 歳)
刀ガナ <input type="text"/>	生年月日	年 月 日 ( 歳)	

母子健康手帳  妊産婦健康診査・新生児聴覚検査費用補助券  ビニールパック(転入者用) を受け取りました。

申請者署名 氏名: 続柄( )

【事務処理欄】	届出人	<input type="checkbox"/> 妊婦本人 <input type="checkbox"/> 代理人(夫・父・母のみ)	
	本人確認書類	≪1点で可≫ マイナンバーカード(※通知カード不可)・運転免許証・パスポート ≪2点以上≫ 保険証・年金手帳・その他( )※その他のみは3点以上	
	交付区分	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳(No. , , ) <input type="checkbox"/> 妊産婦健康診査・新生児聴覚検査費用補助券 ↳ 妊婦健診( 回目～ 回目)・産婦健診( 2週間・1か月)・多胎妊婦5回分・新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> ビニールパック(転入者用)	受付担当者 <input type="text"/>