

母子健康手帳交付申請書

人目

ふりがな 妊婦氏名 生年月日 個人番号	昭和・平成 年 月 日生 (歳) 満						職業	
ふりがな 配偶者 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳) 満						職業	
居住地	川南町大字 川南 ・ 平田 (地区:) 電話:							
妊娠週数	第 週 (第 月)	分娩予定日	年 月 日					
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない							
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない							
妊娠の診断・保健指導を受けた医療機関・助産院名 (助産師名)						病院 (医院)		
上記のとおり提出します。 平成 年 月 日 川南町長 日高 昭彦 殿 届出者 住所 川南町大字 氏名 (自署) (妊婦との続柄:)								

※ 個人情報の取扱について

知り得た情報につきましては、母子保健事業に関わる目的にのみ利用します。

※ 母子管理カードは、児湯地区内の町外に転出した場合、転出先へ送付します。

ここから下の欄には記入しないでください。

本人申請の場合 : 運転免許書 保険証 その他

本人以外の申請の場合 : 運転免許書 保険証 個人番号カード その他

(本人以外の申請の場合は、顔写真付きのものであれば1つで、その他の場合は2つ以上の確認が必要)

母子手帳交付職員名