

乳児一般健康診査受診券申請書

ふりがな 児の名前											
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(歳)	満				
個人番号											
ふりがな 母親の名前									職業		
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(歳)	満				
ふりがな 父親の名前									職業		
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(歳)	満				
居住地	川南町大字 川南 ・ 平田 (地区： _____) 電話： _____										
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)											
_____ (児との続柄： _____)											

※ 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 _____