別記第２号様式（第４条関係）

母子健康手帳再交付申請書

年　　月　　日

函館市長　様

居住地　函館市

申請者　氏　名　　印

個人番号

電　話

母子健康手帳の再交付を受けたいので，次のとおり申請します。

母子健康手帳の交付を受けた年月日	年　　月　　日
母子健康手帳の番号	
手帳に記載されていた子の氏名	
手帳に記載されていた子の生年月日	年　　月　　日
再交付の理由	

＊事務処理欄

届出者：　妊婦・保護者・代理人　本人確認	
≪ 1点で可≫ 個人番号カード・運転免許証・パスポート ≪ 2点以上≫ 保険証・年金手帳・ その他（　　）	

〈記入上の注意〉

別記第２号様式（第４条関係）

母子健康手帳再交付申請書

年　　月　　日

函館市長　様

居住地　函館市

押印

申請者　氏　名　　印

個人番号

個人番号(マイナンバー)の記載（妊婦または保護者(母))と届出人の本人確認が必要になります。

電　話

代理人の場合(「電話」下部余白に記入)　代理人　氏　名（続柄）　　印

母子健康手帳の再交付を受けたいので，次のとおり申請します。

母子健康手帳の交付を受けた年月日	年　　月　　日
母子健康手帳の番号	
手帳に記載されていた子の氏名	
手帳に記載されていた子の生年月日	年　　月　　日
再交付の理由	例：紛失のため　等

記入不要（母子保健課にて記入）

＊事務処理欄

届出者：　妊婦・保護者・代理人　本人確認	
≪ 1点で可≫ 個人番号カード・運転免許証・パスポート ≪ 2点以上≫ 保険証・年金手帳・ その他（　　）	

記入不要（母子保健課にて記入）