

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

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 ≫ 医療保険資格確認資料・年金手帳・ その他（ ）