

<記入上の注意>

(別記第2号様式)

産婦健康診査受診票再交付申請書

産婦健康診査受診票の 交付を受けた日	母子健康手帳交付日を記入 年 月 日
産婦健康診査受診票の番号	母子健康手帳表紙右下の 受診票 No. (6桁) を記入
母子健康手帳の番号	母子健康手帳表紙左下の No. を記入
再交付を受けようとする理由	どちらかに○をつける き 損 ・ 紛 失

函館市産婦健康診査受診票の再交付を受けたいので、函館市産婦健康診査事業実施要綱第5条第1項第2号の規定により申請します。

年 月 日

住 所 函館市

妊産婦氏名

電 話

函館市長 様

申請日・住所・妊産婦氏名・電話(番号)を
記入してください。
※代理人が「申請する場合も、原則として
申請書は本人が事前に記入してください。

「※母子保健課記入欄」は空欄のまま提出
してください。

※母子保健課記入欄
産婦健康診査受診票 No