

<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	<table border="1"><tr><td>母子健康手帳交付日を記入</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr></table>	母子健康手帳交付日を記入	年 月 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	<table border="1"><tr><td>母子健康手帳表紙右下の 受診票 No. (6桁) を記入</td></tr></table>	母子健康手帳表紙右下の 受診票 No. (6桁) を記入	
母子健康手帳表紙右下の 受診票 No. (6桁) を記入			
母子健康手帳の番号	<table border="1"><tr><td>母子健康手帳表紙左下の No. を記入</td></tr></table>	母子健康手帳表紙左下の No. を記入	
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	<table border="1"><tr><td>どちらかに○をつける</td></tr><tr><td>き 損 ・ 紛 失</td></tr></table>	どちらかに○をつける	き 損 ・ 紛 失
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
