

(別記第2号様式)

新生児聴覚検査受診票再交付申請書

新生児聴覚検査受診票の 交付を受けた日	年 月 日
新生児聴覚検査受診票の番号	
母子健康手帳の番号	
再交付を受けようとする理由	き 損 ・ 紛 失

函館市新生児聴覚検査受診票の再交付を受けたいので、函館市新生児聴覚検査事業実施要綱第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

保護者氏名 印

電 話

函館市長 様

※母子保健課記入欄
新生児聴覚検査受診票 No _____

記入上の注意

(別記第2号様式)

新生児聴覚検査受診票再交付申請書

新生児聴覚検査受診票の 交付を受けた日	母子健康手帳交付日を記入 年 月 日
新生児聴覚検査受診票の番号	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

函館市新生児聴覚検査受診票の再交付を受けたいので、函館市新生児聴覚検査事業実施要綱第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

保護者氏名 印

電 話

函館市長 様

申請日・住所・保護者氏名・電話(番号)を記入のうえ、
押印してください。
代理人が申請する場合も、原則として申請書は保護者が
事前に記入・押印してください。

「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
新生児聴覚検査受診票 No _____