

母子健康手帳等交付申請書

●●●●年▲月◆◆日

藤沢市長

次のとおり申請します。

なお、市がこの申請により、住民記録情報等を母子保健サービスに利用することに同意します。

妊娠中の届出用  
記載例

助券

産婦健診

受付  
担当者

( 回目 ～ 回目、 2週間 ・ 1か月 )

① 共通記入項目

|      |                                                                                                                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 転入 (●●●●年▲月■日) に (★★ 市・町・村) から転入<br><input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                   |
| 現住所  | 〒 <b>251-0054</b><br>藤沢市 <b>朝日町1-1</b>                                                                                                                    |
| 電話番号 | 携帯 (母・父) ( <b>090</b> - <b>1234</b> - <b>5678</b> )   ご自宅 ( <b>0466</b> - <b>25</b> - <b>1111</b> )<br>※お母さんとお子さんの健康等について連絡をする場合があります。日中、連絡がとれる番号をご記入ください |

②-① 妊娠中の申請の場合

★ 裏面の母子保健アンケートをご記入ください ★

|              |                                        |                                                            |
|--------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| フリガナ<br>妊婦氏名 | <b>フジ サワミ</b><br><b>藤 沢 美</b>          | 生 年 月 日<br><b>1991</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日<br>( ●● 歳 ) |
| 職業           | <b>会社員(産休中)</b>                        | 現在<br>通院中の病気<br><b>なし</b>                                  |
| 分娩予定機関       | <b>藤沢産婦人科</b>                          | 過去に<br>かかった病気<br><b>なし</b>                                 |
| 出産予定日        | ●●◆◆年■月▲日(現在 <b>36</b> 週・ <b>4</b> か月) | <b>初産</b> ・ 経産 ( 回目 )                                      |

②-② 出産後の申請の場合

|                       |  |                                                              |
|-----------------------|--|--------------------------------------------------------------|
| フリガナ<br>母の氏名          |  | 生 年 月 日<br>年 月 日<br>( 歳 )                                    |
| フリガナ<br>父の氏名          |  | 生 年 月 日<br>年 月 日<br>( 歳 )                                    |
| 対象となる<br>フリガナ<br>子の氏名 |  | 生 年 月 日<br>年 月 日<br>( 歳 か月 )<br>生 年 月 日<br>年 月 日<br>( 歳 か月 ) |

妊婦本人による申請の場合：妊婦本人の署名  
代理人による申請の場合：代理人の署名 をご記入ください。

特記事項

☐ 母子健康手帳 ☒ 妊産婦健康診査費用補助券 ☐ その他 ( )

を受け取りました。

申請者署名 氏名： **藤 沢 市 郎** 続柄 ( **夫** )