

## 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。

☐ 母子健康手帳 (No. )出産後の届出用  
記載例

補助券

産婦健診

受付  
担当者

回目、 2週間 ・ 1か月 )

## ① 共通記入項目

|      |                                                                                                                                      |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 転入 ( 年 月 日 ) に ( 市・町・村 ) から転入<br><input checked="" type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| 現住所 | 〒 251-0054<br>藤沢市 朝日町1-1 |
|-----|--------------------------|

|      |                                     |                             |
|------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 電話番号 | 携帯 ( 母・父 )<br>( 090 - 1234 - 5678 ) | ご自宅<br>( 0466 - 25 - 1111 ) |
|------|-------------------------------------|-----------------------------|

※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 | 生 年 月 日<br>年 月 日<br>( 歳 )          |
| 職業           | 現在<br>通院中の病気                       |
| 分娩予定機関       | 過去に<br>かかった病気                      |
| 出産予定日        | 年 月 日 (現在 週・ か月)<br>初産 ・ 経産 ( 回目 ) |

## ②-② 出産後の申請の場合

|                       |                   |                                           |
|-----------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| フリガナ<br>母の氏名          | フジ サワミ<br>藤 沢美    | 生 年 月 日<br>1991 年 1 月 1 日<br>( ●● 歳 )     |
| フリガナ<br>父の氏名          | フジ サワシロウ<br>藤 沢市郎 | 生 年 月 日<br>1989 年 12 月 31 日<br>( ▲▲ 歳 )   |
| フリガナ<br>対象となる<br>子の氏名 | フジ サワノ<br>藤 沢乃    | 生 年 月 日<br>2018 年 4 月 1 日<br>( ● 歳 ▲ か月 ) |
|                       |                   | 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 )

※太枠の中をご記入ください