

乳児健康診査受診票申請書

および母子健康手帳（無番）申請書

届出場所：	本庁	保セ	南セ	支所	市川	行サ	大柏
種類：	受診票		無番				

※ご記入前に、下記の注意事項をお読みください。

市川市では乳児健診（公費負担）は2回分となります。
 転入前に公費負担（集団での実施を含む）で受けた回数と転入時の月齢に応じ受診票を交付いたします。

申請日	2	0	年	月	日	異動日	2	0	年	月	日	
対象児①	フリガナ						国籍					
	氏名											
	生年月日	2	0	年	月	日	男・女	歳	か月	第	子	
対象児②	フリガナ						国籍					
	氏名											
	生年月日	2	0	年	月	日	男・女	歳	か月	第	子	
子の母	フリガナ						国籍					
	氏名											
	生年月日			年	月	日	歳	職業	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他			
	住所	市川市					電話番号	自宅 047- - 携帯 - -				
子の父・パートナー	フリガナ						国籍					
	氏名											
	生年月日			年	月	日	歳	職業	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他			
	住所	※上記と異なる場合にご記入ください					電話番号	自宅 047- - 携帯 - -				
申請理由	※該当する番号にチェックをしてください。 1 <input type="checkbox"/> 転入 () 都道府県 () 市区町村 ・ 海外() より転入 2 <input type="checkbox"/> 再発行 <input type="checkbox"/> 汚染 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 海外() より転入											
上記のとおり、申請します。 乳児健康診査受診票の交付を受けるにあたり、市川市が住民基本台帳等の個人情報閲覧し確認することを承諾します。 また、市川市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、本申請書及び申請時のアンケートの情報を利用することに同意します。 市川市長 あて 申請者および受領者氏名 _____ 対象児との続柄 () _____												

※記載の内容によっては、保健センター保健師より連絡を差し上げることがありますので、予めご了承ください。
 ※ご記入していただいた内容は、市川市で管理し、妊娠・出産・子育て支援以外の目的では使用しません。

***** 担当者記入欄 *****

転入届出日	<input type="checkbox"/> 住民票写し <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他										受付担当者		
児①	乳児健診コード（必須）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					別冊番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					①受診票発行： <input type="checkbox"/> 1回分 <input type="checkbox"/> 2回分 別冊回収： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	児②	乳児健診コード（必須）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					別冊番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
無番	母子健康手帳 () 冊												