

乳児一般健康診査受診券申請書

ふりがな 児の名前 生年月日 個人番号	平成・令和 年 月 日生 (歳) 満										
ふりがな 母親の名前 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳) 満								職業		
ふりがな 父親の名前 生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳) 満								職業		
居住地	川南町大字 川南 ・ 平田 (地区：) 電話：										
上記のとおり提出します。 令和 年 月 日 川南町長 日高 昭彦 殿 届出者 住所 川南町大字 氏名 (自署) (児との続柄：)											

※ 個人情報の取扱について

知り得た情報につきましては、母子保健事業に関わる目的にのみ利用します。

※ 母子管理カードは、児湯地区内の町外に転出した場合、転出先へ送付します。

ここから下の欄には記入しないでください。

本人申請の場合 : 運転免許書 保険証 その他

本人以外の申請の場合 : 運転免許書 保険証 個人番号カード その他

(本人以外の申請の場合は、顔写真付きのものであれば1つで、その他の場合は2つ以上の確認が必要)

母子手帳交付職員名