様式第２号（第４条関係）

母子健康手帳再交付申請書

伊万里市長　様

年　　月　　日

申請者　住　　所
氏　　名　　㊞
電話番号
続　　柄

母子健康手帳の再交付を受けたいので、伊万里市妊娠の届出等に関する要綱第４条の規定により次のとおり申請します。

母 （妊婦）	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	
	電話番号	
子	氏　　名	
	生年月日	
再交付理由	１．紛失　　２．破損　　３．その他	
母子健康手帳への転記	１．特になし ２．母子健康手帳再交付に当たり、市が把握している子の記録等について転記を希望する（該当するものに〇） ※予防接種記録以外は、就学前までの子に限る （　）　予防接種記録　　（　）　出生時の計測値 （　）　１か月児健康診査　　（　）　新生児（乳児）訪問 （　）　３か月児健康診査　　（　）　７か月児相談 （　）　１歳６か月児健康診査　　（　）　３歳児健康診査 （　）　その他（　　）	

※この欄は記入しないでください。

母子健康手帳再交付番号	
申請者本人確認	□個人番号カード
	□通知カード　□運転免許証 □健康保険証　□その他（　　）

受　付