

妊産婦健康診査受診票・新生児聴覚検査受診票・1か月児健康診査受診票・RS ウイルス感染症予防接種予診票・接種券・母子健康手帳(再)交付届出書

\*太枠内の事項について妊婦(保護者)さん本人が記入してください。記入もれのないよう、該当するものに○をつけてください。ご家族が届出をする場合は、本人確認できる書類をお持ちください。

フリガナ						生年月日	(西暦 年)			
妊婦(保護者)氏名							昭和・平成 年 月 日生			
マイナンバー(個人番号)						職業	満 歳			
居住地 アパート・マンション名、方書きまでご記入ください。	〒 ー 江別市						なし・あり( ) *継続予定・退職予定( 年 月頃)			
電話番号	本人: 夫(パートナー):				実家(市区町村)	母方: 父方:				
フリガナ			生年月日	(西暦 年)		職業			同居・別居	入籍・未入籍
夫(パートナー)の氏名				年 月 日生			満 歳			
交付を希望するもの	① 母子健康手帳 ② 妊産婦健康診査受診票・超音波検査受診票 ③ 新生児聴覚検査受診票 ④ 1か月児健康診査受診票 ⑤ RS ウイルス感染症予防接種予診票・接種券(妊娠37週までの方)									

①母子健康手帳を希望する方はご記入ください	母子健康手帳再交付希望理由	紛失・その他( )								
	妊娠中の場合	分娩予定日	令和 年 月 日							
	出生以後の場合	子氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日					
		子氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日					

⑤RS予防接種予診票・接種券を希望する方はご記入ください	分娩予定日	令和 年 月 日 (出生以後の場合: 年 月 日生まれ 氏名: )								
	健診受診医療機関名									
	受診票交付希望理由	転入・紛失・その他( )								
	*転入年月日	年 月 日	*前住所地	都・道府・県	市・町・村					
	*妊婦支援給付金(1回目)を前住所地		申請済み・申請未・不明							

※印の項目は、転入された方のみご記入ください

上記のとおり届出し、あわせて妊産婦一般健康診査受診票等または母子健康手帳を受け取りました。  
 ※妊婦ご本人が届け出る場合は日付と氏名のみお書きください。

令和 年 月 日 届出人氏名 \_\_\_\_\_ 【妊婦(保護者)との関係: \_\_\_\_\_】  
 (住所: \_\_\_\_\_)  
 (生年月日: 昭和・平成 年 月 日生)  
 (あて先) 江別市長 (ご連絡先: \_\_\_\_\_)

**\* 妊婦の方は、裏面のアンケートもご記入ください。**

