

様式第1号（第3条関係）

新規・手帳のみ 提出場所／保健センター・本庁・つくし野・我孫子・天王台・湖北台・湖北・新木・布佐
本人確認／マイナンバーカード・免許証・旅券・保険証・社員証・その他（ ）

我孫子市妊産婦・乳児健康診査等受診票交付申請書（転入者用）					
我孫子市長 あて		年 月 日			
提出者氏名					
フリガナ					
妊産婦又は乳児の氏名 (職業)	()	世帯主氏名			
生年月日（年齢）		年 月 日（ 歳）			
住 所		我孫子市			
電 話 番 号		(自宅) (携帯)			
妊 婦 の み 記 入	分娩予定日	年 月 日	妊娠週数	現在 週	
	分娩の経験	無 ・ 有 (回)			
	里帰り出産の予定	無 ・ 有 (里帰り予定先の市区町村名) ・ 未定 出産後、すべての家庭に新生児訪問に伺います。			
	妊娠の診断や保健指導を受けた施設（病院等）	施設名	所在地の市区町村名		
1 私は、次のものを受領しました。（該当するものに、レ印をつけてください。） (1) 妊婦健康診査受診票 A票 券種 <input type="checkbox"/> 3 B票 券種 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> L C-1票 券種 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> M C-2票 券種 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N (2) 産婦健康診査受診票 <input type="checkbox"/> 1回目（おおむね生後2週間） <input type="checkbox"/> 2回目（おおむね生後1か月） (3) 乳児健康診査受診票 <input type="checkbox"/> 1回目（生後3～6か月） <input type="checkbox"/> 2回目（生後9～11か月） (4) 新生児聴覚スクリーニング検査受診票 <input type="checkbox"/> 1回目（生後50日まで） 2 受診票に記載した期間を過ぎた場合は使用できないこと及び受診票の再交付をしないことを了承します。 受領者氏名 妊産婦又は乳児との続柄 ()					