

妊産婦健康診査受診票交付申請書（転入者用）

(宛先) 栃木市長

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 (妊産婦)	住 所	栃木市 町					(アパート名・号室まで記入してください。)						
	ふりがな 氏 名	-----					生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日生 (歳)					
	個人番号										職 業		
	電話番号	※妊婦の携帯電話とその他の両方ご記入ください。 妊婦の携帯電話 - - その他(夫・パートナー・自宅・その他) - -											
夫 パートナー	氏 名						生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日生 (歳)					
	職 業												
世帯主の氏名													
出 産 予 定 日	令和 年 月 日	現在の妊娠週数 週	出産回数	無・有(回)									
医療機関名						母子健康手帳交付日	令和 年 月 日						
転入日	令和 年 月 日	転入前の市町村名					受診票使用回数 回						
窓口に来られた方	本人 ・ 夫又はパートナー ・ その他(以下をご記入ください) 住所 氏名 (続柄)												

委任欄 ※代理人が申請する場合は、必ず妊産婦本人がご記入ください。

委任者(妊産婦本人) 住所 _____ 氏名 _____

私は、妊産婦健康診査受診票の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者(代理人) 住所 _____ 氏名 _____

受診票交付状況 妊婦健診：1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12 13・14(計 枚) 産婦健診：2週間・1か月 妊産婦歯科健診：産前・産後 新生児聴覚検査 ※交付したものに○をつける	届出者の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知書 <input type="checkbox"/> 市が番号を確認することの同意あり <input checkbox"="" type="checkbox/>() </td> <td> 届出者の身元確認
 <input type="/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input checkbox"="" type="checkbox/>() </td> <td> 代理権の確認
 <input type="/> 委任欄 <input checkbox"="" type="checkbox/>() </td> <td> 代理人の身元確認
 <input type="/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート
---	---