

おやはぐくみ受診票交付申請書（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 世帯主名（ ）（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 - - (日中繋がりやすい時間帯) 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											
	住 所	□妊婦と同じ □妊婦と別 ()										
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 (妊娠 週)					
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、おやはぐくみ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 股関節脱臼検診 1か月児健診 ※交付したものに○をつける	給付申請 ☐ 有 ☐ 無	届出者の番号確認 ☐ 個人番号カード ☐ 個人番号通知書 ☐ 市が番号を確認することの同意あり ☐ ()	届出者の身元確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ ()	代理権の確認 ☐ 委任欄 ☐ ()	代理人の身元確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ ()
		台帳・タスク入力	ダブルチェック	リスクチェック	