

## 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 (妊婦)	住所	栃木市 町		
	ふりがな 氏名	世帯主名 ( ) (アパート名・号室まで記入してください。)		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 - - (日中繋がりがやすい時間帯 ) 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)			

## 妊婦健診受診票交付状況

1・2・3・4・5・6・7・8・9・10  
11・12・13・14 (計 枚)  
※交付したものに○をつける  
※母子健康手帳の表紙と妊娠中の経過のページを  
コピーする

## 給付申請

- 有  
 前住所地で  
給付済

## 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  
 ( )

台帳・タスク  
電話番号 入力

## 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  
 在留カード

ダブルチェック

リスク  
チェック