

母子健康手帳・母子保健ガイド再交付申請書

井原市長 殿

年 月 日

次のとおり再交付を申請します。

申請者	氏 名			
	住 所	井原市		
	電話番号			
対象者	母(妊婦)の氏名	☐ 申請者に同じ 申請者との続柄 ()	母(妊婦)の生年月日	年 月 日
	子の氏名 ※出産後の場合	申請者との続柄 ()	出産予定日 または 子の生年月日	年 月 日
	住 所	☐ 申請者に同じ 井原市		
	電話番号	☐ 申請者に同じ		
申請内容	☐ 母子健康手帳再交付 ☐ 母子保健ガイド再交付(交換)			
申請理由	☐ 紛失 ☐ 汚損・破損 ☐ 転入 (前市区町村名：) ☐ その他 ()			
母子健康手帳番号	※転入の方は記入不要			

【注意事項】
☐妊婦および子の保護者以外が申請される場合は委任状の記入が必要です。(裏面)
☐母子保健ガイド再交付後、同健診・検査を二重で受けた場合は自己負担となりますのでお気をつけください。

処理欄	確認者 () 面接者 ()
	母子健康手帳および母子保健ガイド交付番号 再交付No. () 転入No. ()
本人確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 住民票 ☐ その他 ()
代理人確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 住民票 ☐ その他 ()
母子保健ガイド 交付内容	妊婦：基()枚、超()枚、血()枚、ク()枚、GBS()枚、歯()枚 新生児聴覚：()枚 産婦：()枚 乳児：()枚