

母子健康手帳等交付（再交付）申請書

太枠の中をご記入ください

現在妊娠中の方は、裏面もご記入ください

交付番号	第	号							
交付を希望するもの (希望するものに○)		母子健康手帳 ・ 母子健康手帳別冊 (妊婦健診・産婦健診助成券) 新生児聴覚スクリーニング検査助成券							
交付（再交付）の理由 (該当する理由に○)		転入 ・ 紛失* ・ 海外で出生した* ・ 多胎 その他 () ・ 母子保健サービス							
フリガナ				子 に つ い て	フリガナ				
氏名					氏名				
生年月日	年	月	日		職業	生年月日	年	月	日
住所	川口市								
電話番号	()			◎日中連絡が取れる番号を記入してください。					
出産予定日	年			月	日	子 の 父	フリガナ		
妊娠週数	現在 () 週目			第	子		氏名		
妊娠回数	初回・ () 回目	出産回数	無・ () 回				生年月日	年	月
医療機関	★病院又は産院名： 妊婦健診最終受診日： 年 月 日								
	里帰りの有無： 無 有 未定				★出産予定医療機関：				
個人番号 マイナンバー					国籍 外国籍の方のみ				
上記の理由により、母子健康手帳等の交付（再交付）を受けたいので申請します。									
年 月 日			申請者住所						
(あて先) 川口市長			申請者氏名						

※こどもがいるかたで、海外出生・紛失の方のみ「子について」をご記入ください。

◎裏面の記入もお願いします。

----- < 職員処理欄 > -----

令和6年度 市5年保管

①	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳を交付時の必須事項（上記★の項目）の確認									
②	<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方の 本人確認書類を☑		<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> 在留カード等	
③	<input type="checkbox"/> 妊婦の住基確認		④ <input type="checkbox"/> 個人番号確認		⑤ 外国語版 [英語 ・ その他]					
⑥	処理部署 <input type="checkbox"/> 地保セ <input type="checkbox"/> 鳩ヶ谷分室 <input type="checkbox"/> 中央ST <input type="checkbox"/> 青木ST <input type="checkbox"/> 南平ST <input type="checkbox"/> 芝ST <input type="checkbox"/> 神根ST <input type="checkbox"/> 戸塚ST <input type="checkbox"/> 新郷ST						対応者名			
							交付日	年	月	日
⑦	<input type="checkbox"/> 応援金（ピンク）の紙渡した						妊婦面談 実施者			
	<input type="checkbox"/> 渡さなかった（理由： <input type="checkbox"/> 転入前の市町村で申請済 <input type="checkbox"/> 妊婦以外の来所のため） <input type="checkbox"/> その他 ()									
⑧	<input type="checkbox"/> WEB予約後来所 <input type="checkbox"/> 電話連絡後来所 <input type="checkbox"/> 予約なし来所 <input type="checkbox"/> その他 ()						妊婦面談 実施日	年	月	日

