

# 母子健康手帳再交付申請書

柴田町長 殿

令和 年 月 日

申請する方 (窓口に来ている方)	住所	〒 電話番号	
	個人番号		
	フリガナ		
	お名前	(自署または記名押印)	

必要な方 (本人)	住所			
	個人番号			
	フリガナ		性別	男・女
	お名前		生年月日	昭・平・令 年 月 日
ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 親(父・母) <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他( )			
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳を紛失したため 紛失理由( ) <input type="checkbox"/> 乳幼児健康診査や予防接種歴を知りたいため <input type="checkbox"/> その他( )			
受け取り希望日	月 日( ) 時頃 ※原則、手渡しとなります ※所要期間：1～2週間			
備考				

本人確認等の記録

<来庁者>

本人 同一世帯員(氏名 ) 代理人(氏名 )

確認欄	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> その他( )	代理権の確認
	<input type="checkbox"/> マイナンバー(1点確認) 番号 _____	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> その他 (妊娠届出 )
	<input type="checkbox"/> 1点確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 写真付き福祉手帳 <input type="checkbox"/> 写真付き学生証 <input type="checkbox"/> 写真付き社員証 <input type="checkbox"/> その他( ) 記号・番号 _____	
	<input type="checkbox"/> 2点確認書類 <input type="checkbox"/> 健康保険証(国・社・共・後・船) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 領収証書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 納税証明 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 記号・番号 _____	

※住民票等により番号確認をした場合は、1点確認書類で身元確認をする。

※個人番号の提供が受けられない場合は、上記確認書類の中から2つ以上で身元確認をする。