様式第１号（第5条関係）

妊産婦・乳児健康診査受診票交付申請書

**交付№**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 妊産婦又は乳児氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 居　住　地 | 古河市  　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　― | | |
| 受診予定医療機関名 |  | | |
| 受診票の種別（あてはまる番号に〇） | １　妊婦  ２　産婦  ３　乳児 | | |
| 現在の妊娠週数  乳児月齢 | 週（予定日　　　　　年　　　　月　　　日）  　　　　　月　　　　日 | | |
| 申請理由 | １　転入  ２　紛失  ３　損傷  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 上記により妊産婦・乳児健康診査受診票の交付について申請します。  　　　　　年　　　　月　　　　日  古河市長　宛て  申請者氏名 | | | |

（注）1　申請理由のうち、該当するものを○で囲むこと。

　　　2　申請理由が３の損傷である場合は、損傷した受診票を古河市役所母子保健主管課に返却すること。