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。