

様式第 27 号 (第 4 条関係)

母子手帳番号	
受診票番号	

蟹江町妊産婦・乳児健康診査受診票交付 (再交付) 申請書

年 月 日

蟹 江 町 長 殿

申請者 住所 蟹江町

氏名
電話番号

対象者 氏名 (第 子)
生年月日 (出産予定日) 年 月 日

下記により蟹江町妊産婦・乳児健康診査受診票を交付 (再交付) してください。

区分	受診票の種類	理由
1 受診票の交付	1 妊婦 (第 1 回) (子宮頸がん) (第 2 回) (第 3 回) (第 4 回) (第 5 回) (第 6 回) (第 7 回) (第 8 回) (第 9 回) (第 10 回)	1 () より転入 2 出生後申請
2 受診票の再交付	(第 11 回) (第 12 回) (第 13 回) (第 14 回) (妊婦・産婦 歯科健康診査) 2 産婦 (第 1 回) 3 新生児聴覚検査 (第 1 回) 4 乳児 (第 1 回) (第 2 回) 5 多胎 (第 回)	3 その他 ()

- 備考
1. 区分・受診票の種類については、該当する番号を○で囲んでください。
 2. 他の市町村からの転入により、受診票の交付申請をする場合は、前の住所地で交付された受診票を添付してください。
 3. 受診票を汚すなどして再交付申請をする場合は、破れたり汚したりした受診票を添付してください。
 4. 受診票の再交付後において、紛失した受診票を発見したときは、必ず返納してください。