

交 付 N o .	—
システム入力	☐ 済 ()
保 健 師 面 談	☐ 済 ☐ 未 保健師 ☎ ☐ 済 ☐ 未

「親子健康手帳」再交付申請書

檜葉町長

下記の理由により、親子手帳の再発行を依頼します。

申請理由【 ☐紛失 ☐汚損 ☐その他()】

申請日 年 月 日

個人番号 (マイナンバー)																		※個人番号確認書類等をお持ちでない場合は、☑をつけてください。 檜葉町長が個人番号の閲覧、記載等をおこなうことに ☐ 同意します
ふりがな															生年月日	年齢	職業	連絡先
母親氏名 (妊婦氏名)															昭和・平成 年 月 日	歳		- -
ふりがな															生年月日	年齢	職業	連絡先
母子手帳の 対象となる子 ※出産前は記入不要															昭和・平成 年 月 日	歳		- -
住民票の住所	〒979- 檜葉町大字																	
現住所 避難先	〒																	

【担当者記入欄】

個人番号方法	・ 個人番号カード ・ 個人番号通知カード・住民票・住民兼記載事項証明書								受付 方法	
									窓口・電話・()	
本人確認方法	【１点で可】 ・ 個人番号カード ・ 運転免許証 ・ パスポート								来庁者	
	【２点以上】 ・ 保険証 ・ 年金手帳 ・ その他()								本人・夫・()	
決 裁	教 育 長		課 長		課 長 補 佐		係 長		係 員	