

所長	係長	係員

## 母子健康手帳再交付申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

下記の理由により、母子健康手帳の再交付を申請します。

### 記

理由（※該当するものに○印をつけてください。）

破損・汚損・紛失・その他（ ）

転記を希望される方は、該当項目に○印をつけてください。

出生の状況・乳幼児健康診査結果・予防接種履歴・その他（ ）

申請者 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

子どもの氏名： \_\_\_\_\_

（ 年 月 日生）

子どもの氏名： \_\_\_\_\_

（ 年 月 日生）

※代理の方による申請の場合は以下をご記入ください。

母親の氏名： \_\_\_\_\_

### 職員処理欄

窓口に来られた本人確認（続柄 \_\_\_\_\_）

1.運転免許証 2.個人番号カード 3.パスポート 4.保険証

5.その他（ \_\_\_\_\_）

世帯の住基確認【 済 ・ 未 】