

交 付 No.	
---------	--

「母と子の健康のしおり」・「新生児聴覚検査受検票」 交付申請書

【申請理由： 転入 ・ 里帰り（県内出産） ・ 町外妊婦 ・ 紛失 ・ その他（ ）】

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。 大熊町長が個人番号の閲覧、記載等をおこなうことに <input type="checkbox"/> 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)		S・H ・ ・	歳		- -
健康保険種別	国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ 国保組合 ・ その他( )				
①住民票の住所	大熊町大字				
前住所	(転入者のみ記入)				転入日( )
②現住所/避難先					
ふりがな		生年月日	年齢	職業	連絡先
父親氏名 (パートナー氏名)		S・H ・ ・	歳		- -
③住民票の住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> 別:				
現住所/避難先	<input type="checkbox"/> ②と同じ <input type="checkbox"/> ③と同じ <input type="checkbox"/> 別:				

出産予定日	年 月 日	妊娠週数	週	既往出産回数	回
該当するところに記入、または○を付けてください。					
1. 母子健康手帳をもらった市町村		( 都・道・府・県		市・町・村 )	
2. 出産予定の医療機関名と所在地		( 病院名: / 所在地:		都・道・府・県 )	
3. 妊婦一般健康診査は何回受けましたか？ ( 前期 ・ 20W ・ 後期 ・ 36W ・ その他[ ] )					
4. 出生後の子の住民票はどこにおきますか？ <input type="checkbox"/> 大熊町(母または父と一緒に) <input type="checkbox"/> 他市町村( )					
新生児聴覚検査 受検票について	大熊町の町外に「出生後の子の住民票」をおく場合、受検票が使用できないことを <input type="checkbox"/> 了承しました				

年 月 日

以上のとおり、  
 母と子の健康のしおり  
 新生児聴覚検査受検票  
 の交付申請をいたします。

大熊町長

妊婦との続柄

届出者名 \_\_\_\_\_ [ ]

発行受診票	<input type="checkbox"/> ①前期 (12W 前後) <input type="checkbox"/> ④20W 前後 <input type="checkbox"/> ②後期 (30W 前後) <input type="checkbox"/> ③36W 前後 <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫ <input type="checkbox"/> ⑬ <input type="checkbox"/> ⑭ <input type="checkbox"/> ⑮ <input type="checkbox"/> ⑲産後 2 週間 <input type="checkbox"/> ⑰産後 1 か月 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受検票
-------	--