母子健康手帳及び助成券等　交付(再交付)申請書

５年保存

申請日　　年　　月　　日

（あて先）本庄市長

申請者（窓口に来所された方）

住所

氏名　　（続柄　　）

生年月日　昭和　・　平成　　年　　月　　日

電話番号

下記の理由により母子健康手帳等の交付（再交付）を受けたいので申請します。

《様式２》

記

１．交付（再交付）を希望するもの（○をつける）	・母子健康手帳 ・HIV　・子宮頸がん　・HTLV－1　・性器クラミジア ・妊婦健診助成券(第　　回目　～　　回目、　　) ・新生児聴覚検査助成券　・産婦健診助成券 ・妊婦歯科受診券		母子健康手帳番号 再　・　転
２．交付（再交付）を必要とする理由（○をつける）	・転入　・紛失　・海外で出生した ・多胎（追加　　人） ・その他（　　）		
３．妊娠中の方 （※裏面のアンケート記入お願いします）	フリガナ		職業
	妊婦（本人）の氏名		
	生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日（　　歳）	
	居住地	本庄市	
	電話番号		
	分娩予定日	令和　　年　　月　　日　（現在妊娠　　週）	
	妊娠回数	初回・２回目・その他（　　回目）	
	出産回数	無・１回・２回・その他（　　回）	
	医療機関名		
４．お子さんがいる方 （母子健康手帳交付の対象者）	フリガナ		
	子の氏名		
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）	

〈個人情報の取り扱いについて〉

「個人情報保護に関する法律」「本庄市個人情報保護条例」に基づき、受診者の皆様の個人情報に関する取り扱いについて以下のとおりといたします。取得した個人情報は、原則として健康管理の目的以外には使用いたしません。また、市民の健康保持や増進を目的に、結果をデータ化した上で集計・分析、報告をしております。以上の利用目的につきまして、不明な点がある場合には、健康推進課（保健センター内）へお問い合わせください。