

新生児聴覚検査・乳幼児健康診査受診票交付申請書

つくば市長 宛て

以下のとおり、新生児聴覚検査受診票及び乳幼児健康診査受診票の交付について申請します。

令和 年 月 日

対象のお子様は、つくば市に住民票がありますか		はい・いいえ	
申請理由	1. 転入 2. 紛失 3. 棄損 3. その他() →転入の方のみ、裏面アンケートにお答えください 転入前自治体名:		
申請者氏名 (記入者)	電話番号	()	
フリガナ	生年月日	年 月 日	
対象のお子様氏名		(満 歳 か月)	
住所	つくば市		

以下の母子保健サービスを受けましたか。《母子健康手帳を確認し、チェックしてください》

名称	受けているか	備考	交付するものに✓
新生児聴覚検査 (3か月未満)	はい・いいえ	→ 結果: 両耳パス・リファー(左右)	<input type="checkbox"/>
1か月児健診 (生後28日～6週未満)	はい・いいえ	令和6年4月1日以降に生まれた方のみ対象	<input type="checkbox"/>
あかちゃん訪問 (おおむね生後4か月まで)	はい・いいえ	※いいえの場合、右の二次元コードより保健サービス登録票(あか訪はがき)のお手続きをしてください。	<input type="checkbox"/>
乳児健診(第1回) (3か月～7か月未満)	はい・いいえ	※1歳5か月になる月末までに受診票を郵送します。 (1歳5か月になる月の前月の末日時点で住民票のある方)	<input type="checkbox"/>
乳児健診(第2回) (9か月～12か月未満)	はい・いいえ		<input type="checkbox"/>
1歳6か月健診 (1歳6か月～2歳未満)	はい・いいえ	※3歳3か月になる月末までに受診票を郵送します。 (3歳3か月になる月の前月の末日時点で住民票のある方)	<input type="checkbox"/>
1歳6か月歯科検診 (1歳6か月～2歳未満)	はい・いいえ		<input type="checkbox"/>
3歳健診 (3歳～4歳未満)	はい・いいえ		<input type="checkbox"/>
3歳歯科検診 (3歳～4歳未満)	はい・いいえ		<input type="checkbox"/>



※1歳6か月健診・1歳6か月歯科検診・3歳健診・3歳歯科検診の対象期間内の方で、転入前自治体で受診済みの場合は、桜HC担当へ結果欄の母子健康手帳の写しを送付すること。

出産・子育て応援給付金に関する質問事項 (子の生年月日が令和5年2月1日以降～3歳未満の方)		つくば市支給対象
養育者の住所 ※子の住所と異なる場合のみ ※養育者に母が含まれる場合は母		<input type="checkbox"/> 市内住所→対象 <input type="checkbox"/> 市外住所→対象外
対象のお子様について、他自治体での出産応援給付金(国の出産・子育て応援給付金)の申請状況をご回答ください。		ご案内のお渡し
出産応援給付金 (妊娠届出時)	1. 他の自治体で申請済 2. 他の自治体で申請予定 3. 未申請 ↓下記(1)、(2)をご回答ください (1) 母子健康手帳交付自治体 【自治体名: 】 (2) 産婦の前住所 【自治体名: 】 【海外(国名:)】	<input type="checkbox"/> お渡しなし(対象外) <input type="checkbox"/> 窓口で妊婦面談実施 →お渡し <input type="checkbox"/> 後日妊婦面談予定 →妊婦面談後お渡し
子育て応援給付金 (出生時)	1. 他の自治体で申請済 2. 他の自治体で申請予定 3. 未申請 ↓下記(1)、(2)をご回答ください (1) 出生届出時点の養育者の住所地 【自治体名: 】 (2) 養育者の前住所 【自治体名: 】 【海外(国名:)】	<input type="checkbox"/> お渡しなし(対象外) <input type="checkbox"/> 窓口で養育者面談実施 (前自治体であかちゃん訪問済の場合) →お渡し <input type="checkbox"/> 後日養育者面談予定(つくば市であかちゃん訪実施する場合) →養育者面談後お渡し

つくば市では、新しい生活を始めるご家族により良いサービスが提供できるよう、ご家族の状況やお気持ちについてアンケートを実施しています。下記の内容は個人情報として取扱いますので、安心してご記入ください。

※妊産婦の方等で、妊産婦健診・新生児聴覚検査受診票交付申請書の裏面アンケートを回答済みの場合は、2～9番の質問は回答不要です。(質問内容重複のため)

1. (お子さんについて) 今までにかかった病気や治療中の病 気はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり: 身体面 (治療中・経過観察・終了) 精神面 (治療中・経過観察・終了)
2. (保護者の方) 今までにかかった病気や治療中の病 気はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり →	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 産後うつ <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
3. 子育てを支援・協力してくれる人は いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	配偶者・パートナー・父母・兄弟・友人・その他()
4. 配偶者やパートナーに何でも打ち 明けることはできますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない
5. 配偶者・パートナー以外の親族に は何でも打ち明けることができる人は いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない
6. 親族の他に相談できる人はいます か	<input type="checkbox"/> はい → (友人・その他)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない
7. (保護者の方) 現在または今後、不安なこと(なと思 われること)はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 自身の体調やメンタルについて <input type="checkbox"/> 相談者がいない <input type="checkbox"/> 経済面について <input type="checkbox"/> 育児の協力が得られない・期待できない(支援者の死亡や離別等も含む) <input type="checkbox"/> 配偶者や家族の病気・介護について <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 仕事との両立について <input type="checkbox"/> 上の子の子育てについて <input type="checkbox"/> 配偶者・パートナーの言動・関係について
8. この数か月の間に、ご家庭で右の ことがありましたか。 ※あてはまるもの全てに☑	<input type="checkbox"/> しつけのし過ぎがあった <input type="checkbox"/> 長時間食事を与えなかった <input type="checkbox"/> 子どもを激しく揺さぶった	<input type="checkbox"/> 感情的に叩いた <input type="checkbox"/> 感情的な言葉で怒鳴った <input type="checkbox"/> いずれも該当しない
9. 育児で心配なことや困っていること はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> お子さんの成長(身体面)や病気に関すること <input type="checkbox"/> お子さんの発達(言葉、対人関係、行動等)に関すること <input type="checkbox"/> しつけ(食事、トイレ等)に関すること <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園に関すること <input type="checkbox"/> 予防接種や健診に関すること <input type="checkbox"/> 育児のサポートに関すること <input type="checkbox"/> その他()	
10. 上記の内容を話すことができる人・ 相談機関はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 今後、相談する予定

必要に応じて医療機関(産院など)や市役所の関係課と連携をとったり、内容によっては保健師等がご連絡したりする場合もございますことをご承知ください。
同意いただき、ご署名をお願いします。

ご署名(申請者)

■事務処理欄■

宛名番号	対応者名	確認者名
母子健康手帳番号(※1)	母子健康手帳の発行元自治体名(※転入のみ)	
健診	新生児聴覚検査 1か月児健診 乳児健診(第1回・第2回) 1歳6か月健診 1歳6か月歯科検診 3歳健診 3歳歯科検診 ※転入前市町村で1歳6か月・3歳健診済みの方は、 母子健康手帳の写しと申請書(本紙)の写し を保健センターに送付	
その他	<input type="checkbox"/> 保健サービス登録票(あかちゃん訪問連絡はがき)の手続き <input type="checkbox"/> 児の目視確認	母子健康手帳の確認 有 ・ 無
システム 入力	入力日() 入力者() 以下入力したらチェック <input type="checkbox"/> あかちゃん訪問 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月歯科検診 <input type="checkbox"/> 3歳健診 <input type="checkbox"/> 3歳歯科検診 <input type="checkbox"/> 出産・子育て応援給付金 <input type="checkbox"/> その他()	

※1 転入の場合のみ、母子健康手帳に記載されている、転入前の市町村が付番した母子健康手帳の発行番号を、頭にてつけて記載すること (例) T1234