

乳幼児健康診査等履歴情報交付申請書

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

標記について、次のとおり必要書類を添えて申請します。

申請者	申請者氏名			
	申請者住所	〒		
	電話番号	()		
受診者	フリガナ			
	受診者氏名			
	生年月日	年	月	日 (歳 か月)
申請理由		☐ 母子健康手帳の紛失 ☐ その他 ()		
交付方法		☐ 窓口交付〔こども未来センター・保健センター（桜・谷田部・大穂）〕 交付希望場所に○をつけてください。交付受け取りは申請者がおいでください。 ☐ 郵送 長3封筒に宛先を御記入のうえ、申請書に添付してください。		
住所・氏名の変更		市内転居、転出入、氏名等の変更はありますか ☒ を付けてください。 ☐ ない ☐ ある→下記に変更内容を記載してください。 []		
回答が可能な健康診査の種類		下記のうち、記録のあるものについて交付いたします。 ただし、受診した年度から5年以上経過している場合は、回答できないことがあります。		
		新生児聴覚検査	1か月児健康診査	
		乳児健康診査（第1回・第2回）	1歳6か月児健康診査 ☐	
		1歳6か月児歯科検診	3歳児健康診査	
		3歳児歯科検診		
委任欄	受診者が18歳以上の場合、申請者と受診者が異なる場合は、下欄に記載をお願いします。			
	私は、この申請について（申請者名） _____ に委任します。 受診者署名 _____			

【添付書類】 ※郵送の場合は、写しを添付してください。（窓口申請の場合、原本の提示で可）

- ☒ 申請者の確認のため必要なもの（いずれか1つ、ただし①～②以外は2種類必要）
①運転免許証 ②マイナンバーカード（写真面）
③旅券（パスポート） ④その他 ()
- ☒ 申請者が保護者であることの確認のため必要なもの（いずれか1つ）
①母子健康手帳 ②住民票（続柄が記載されたもの）
③その他 ()

■事務処理欄■

受付者		受付場所	庁・桜・谷・大・郵送
受付日	年 月 日	宛名番号	
提示書類番号記入欄	1	2	