

小松市長

市外における母子保健事業利用の依頼申請書

下記のとおり市外で母子保健事業を受けたいので申請します。

※下記の項目をご記入ください。

|       |                |                           |                  |
|-------|----------------|---------------------------|------------------|
| 申請理由  |                |                           |                  |
| 申請者   | 〒<br>住 所       | 923-<br>小松市<br>町          | 児との関係<br><br>( ) |
|       | 氏 名            |                           |                  |
|       | 電話番号           | <small>経間連絡がとれる番号</small> |                  |
| 児     | 住 所            | 小松市 町                     |                  |
|       | ふりがな<br>氏 名    |                           |                  |
|       | 生年月日           | 年 月 日                     |                  |
| 滞在先住所 | 〒              |                           |                  |
|       | 世帯主名           | 電話番号( ) -                 |                  |
|       | 母携帯電話番号        |                           |                  |
| 滞在期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日頃 |                           |                  |

希望のものに✓をつけてください

※自治体によって行う時期や方法が異なる場合があります。

|                          |                        |                                            |            |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 赤ちゃん訪問                 | <input type="checkbox"/>                   | 1歳6か月児健康診査 |
| <input type="checkbox"/> | 3・4か月児の乳児相談・健診         | <input type="checkbox"/>                   | 3歳児健康診査    |
| <input type="checkbox"/> | 予防接種                   | ←生後3か月以上の長期の県外への里帰り等で希望される方は下記についてもご記入ください |            |
| 接種医療機関名                  | 医療機関名                  |                                            |            |
|                          | 医療機関住所 〒               |                                            |            |
|                          | 電話番号                   |                                            |            |
| 接種予定日                    | 年 月 日 (決まっていれば記入ください。) |                                            |            |

【事務処理欄】

|                       |              |                                   |        |
|-----------------------|--------------|-----------------------------------|--------|
| 予<br>防<br>接<br>種      | 予防接種券        | <input type="checkbox"/> ( / ) 送付 | 担当 ( ) |
|                       | 赤ちゃんの予防接種    | <input type="checkbox"/> ( / ) 送付 | 担当 ( ) |
|                       | 予防接種と子どもの健康  | <input type="checkbox"/> ( / ) 送付 | 担当 ( ) |
|                       | 医療機関へ持参する依頼書 | <input type="checkbox"/> ( / ) 送付 | 担当 ( ) |
| 訪<br>問<br>・<br>健<br>診 | 他市担当への連絡     | <input type="checkbox"/> ( / ) 済み | 担当 ( ) |
|                       | 他市への依頼       | <input type="checkbox"/> ( / ) 送付 | 担当 ( ) |
| その他                   | 給付金申請書       | <input type="checkbox"/> ( / ) 送付 | 担当 ( ) |

\* すこやかな赤ちゃん手帳を持っているか  
確認し、使い方を説明する

《提出先》  
〒923-0961 小松市向本折町へ14-4  
小松市すこやかセンター  
TEL 0761-21-8118