

〈記入上の注意〉

別記第2号様式（第4条関係）

母子健康手帳再交付申請書

年 月 日

函館市長 様

居住地 函館市

申請者が代理人の場合は氏名の欄の下に記載してください。代理人が同居の家族以外は委任状が必要になります。

氏 名

{ 代理人 氏 名（続柄）

個人番号(マイナンバー)の記載(妊婦または保護者(母))と届出人の本人確認が必要になります。

個人番号

電 話

母子健康手帳の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

母子健康手帳の交付を受けた年月日	年 月 日
母子健康手帳の番号	
手帳に記載されていた子の氏名	
手帳に記載されていた子の生年月日	年 月 日
再交付の理由	例:紛失のため等

記入不要
(母子保健課にて記入)

*事務処理欄

届出者： 妊婦・保護者・代理人 本人確認
≪ 1点で可 ≫ 個人番号カード・運転免許証・パスポート ≪ 2点以上 ≫ 保険証・年金手帳・ その他 ()

記入不要
(母子保健課にて記入)