

母子健康手帳等交付申請書

2025.4

藤沢市長

年 月 日

次のとおり申請します。
なお、母子保健サービスの実施の際、必要に応じてこの届出の内容及び住民基本台帳等の情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。

※申請書の内容について担当課から連絡させていただく場合があります。

※妊娠届出内容(出産応援給付金・妊婦支援給付金)について、前住所地等に問い合わせをさせていただく場合があります。

① 共通記入項目

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 転入日： 年 月 日 前住所地(市区町村名まで)：
	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()
現住所	〒 日中連絡がつく電話番号
メールアドレス	@

②-① 妊娠中の申請の場合 (裏面の母子保健アンケートもご記入ください)

妊婦支援給付金受給状況	<input type="checkbox"/> 前住所地で申請済み(出産応援給付金を含む)	出産予定日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 前住所地で申請をしていない	現在の週数	満 週 ・ か月
妊婦氏名	フリガナ	現在通院中の病気	
		過去に治療した病気	
生年月日	年 月 日	今回の妊娠	初産 ・ 経産 (回目) 単胎 ・ 多胎 (人)
職業		分娩予定機関	

②-② 出産後の申請の場合

母の氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
父の氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
対象となる子の氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)

 健診・検査費用補助券 産後ケア利用券 (↓交付を受けたものに○をしてください) 母子健康手帳 ビニールパック(転入者用)

妊婦健診(回目～ 回目) ・ 産婦健診(2週間・1か月) ・ 多胎妊婦5回分
新生児聴覚検査 ・ 1か月児健診 ・ 産後ケア利用券

を受け取りました。

申請者署名 氏名:

続柄()

委任状

※代理人が申請する場合は必ず本人が記入してください。

私は次の手続きに関する一切の権限を委任します。(委任する項目にチェックをいれてください) 年 月 日

 母子健康手帳の受領 藤沢市健診・検査費用補助券 産後ケア利用券の受領 妊婦給付認定

委任者(本人)

受任者(代理人)

住所:

住所:

氏名:

氏名:

(続柄:)

〔事務処理欄〕	届出人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(夫・パートナー・本人または夫の父母のみ)
	本人確認	[1点]マイナンバーカード(※通知カード不可)・運転免許証・パスポート [2点以上]保険証・年金手帳・その他()
	交付区分	<input type="checkbox"/> 藤沢市健診・検査費用補助券 産後ケア利用券 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳(No.) <input type="checkbox"/> ビニールパック(転入者用) 受付担当者 妊婦健診(回目～ 回目) ・ 産婦健診(2週間・1か月) ・ 多胎妊婦5回分 新生児聴覚検査 ・ 1か月児健診 ・ 産後ケア利用券 ※産後ケア利用券のみでの交付は不可(別途申請の必要あり)
	確認事項	<input type="checkbox"/> 妊娠中の転入者の場合、「妊婦給付認定申請書」も記入すること