

**交付**  
乳児健康診査受診票 申請書  
再交付

〇〇年〇〇月〇〇日

沼津市長 様

該当箇所に○をお願いします。  
ます。

保護者

住所 沼津市 八幡町97

氏名 沼津 花子

印

次のとおり **4か月児** 健康診査受診票を **交付** してください。  
10か月児 再交付

記

交付又は再交付の理由	1、 <b>転入</b> 2、紛失 3、き損	
所持する母子健康手帳	交付市町村名	沼津市
	交付年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
備考	子の名前	
	子の生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

- (注) 1、該当箇所を○で囲むこと。  
2、き損受診票を添付すること。  
3、紛失した受診票を発見したときは、必ず返納すること。