

乳幼児健診等情報連携申請書

申請年月日 年 月 日

1. 申請者(保護者)

- (1) 氏 名
- (2) 生年月日
- (3) 住 所 入善町
- (4) 電話番号
- (5) 保護者確認 運転免許証パスポート健康保険証その他 ()

2. 対象者

- (1) 氏名
- (2) 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- (3) 生年月日 年 月 日生 (歳 か月)
- (4) 住 所 入善町
- (5) 連携該当の乳幼児健診等 (○で囲む)

出産の状態

4か月児健診

乳児一般健康診査

1歳6か月児健診

3歳児健診

【保健センター確認欄】

<input type="checkbox"/> 母子健康手帳のコピー (出生届出済証明のページ、予防接種記録のページ、 乳幼児健診のページ)
<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹の予防接種状況………接種券交付
<input type="checkbox"/> 本人及び兄弟姉妹健診状況………乳児一般健康診査受診票、1歳6か月児健診問診票

受付 (2人対応)	