

再交付（紛失・転入）履歴照会 届出票 ※太枠内をご記入ください。

下記のとおり届出をするにあたり住民基本台帳を閲覧することを承諾します。

丸亀市長 殿

|              |     |                         |                |             |  |
|--------------|-----|-------------------------|----------------|-------------|--|
| 届出日 令和 年 月 日 |     | 受付方法 窓口・電話 （発送日・照会日 / ） |                |             |  |
| 窓口に来た人       | 氏 名 | 生年月日                    | 大・昭・平<br>年 月 日 | 接種者<br>との続柄 |  |
|              | 住 所 | ※                       |                | 電話番号        |  |

|                        |                         |                                                                                                                                                                                                                                     |               |  |                         |               |               |                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| どなたの<br>予診票等が<br>必要ですか | 住 所                     | ※上記の住所と同じ場合は記入不要<br>丸亀市 町 丁目 番 号<br>番地                                                                                                                                                                                              |               |  |                         |               |               |                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                        | 保護者名                    | ※上記の窓口に来た方と同じ場合は記入不要                                                                                                                                                                                                                |               |  |                         |               |               |                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                        | 氏 名                     |                                                                                                                                                                                                                                     |               |  | 氏 名                     |               |               |                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                        | 生年月日                    | ( 歳 月 )                                                                                                                                                                                                                             |               |  | 生年月日                    | ( 歳 月 )       |               |                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                        | 必 要 な<br>予 診 票<br>の 種 類 | BCG / 不活化ポリオ(1回・2回・3回・追加)<br>四種混合(1回・2回・3回・1期追加)<br>5種混合(1回・2回・3回・1期追加)<br>MR(1期・2期) / 水痘(1回・2回)<br>日本脳炎(1回・2回・1期追加・2期)<br>子宮頸がん(1回・2回・3回)<br>B型肝炎(1回・2回・3回) / 二種混合<br>小児肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)<br>ヒブ(1回・2回・3回・追加)<br>ロタ(1回・2回・3回) / その他 |               |  | 必 要 な<br>予 診 票<br>の 種 類 |               |               | BCG / 不活化ポリオ(1回・2回・3回・追加)<br>四種混合(1回・2回・3回・1期追加)<br>5種混合(1回・2回・3回・1期追加)<br>MR(1期・2期) / 水痘(1回・2回)<br>日本脳炎(1回・2回・1期追加・2期)<br>子宮頸がん(1回・2回・3回)<br>B型肝炎(1回・2回・3回) / 二種混合<br>小児肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)<br>ヒブ(1回・2回・3回・追加)<br>ロタ(1回・2回・3回) / その他 |  |  |
|                        | 予 防 接 種<br>最 終 接 種      | 年 月 日 種類 ワクチン                                                                                                                                                                                                                       |               |  | 予 防 接 種<br>最 終 接 種      | 年 月 日 種類 ワクチン |               |                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                        | 1か月児健<br>診受診票           | 枚                                                                                                                                                                                                                                   | 母子手帳<br>再交付No |  | 1か月児健<br>診受診票           | 枚             | 母子手帳<br>再交付No |                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                        | 乳 児 健 診<br>受 診 票        | 枚                                                                                                                                                                                                                                   | 母子手帳<br>再交付No |  | 乳 児 健 診<br>受 診 票        | 枚             | 母子手帳<br>再交付No |                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |

出産子育て応援給付金の受給状況

|     |                  |                      |                        |                      |
|-----|------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| 給付金 | 出産応援ギフト<br>※妊婦対象 | 転入前の自治体で<br>受給 □済 □未 | 子育て応援ギフト<br>※2歳未満の幼児対象 | 転入前の自治体で<br>受給 □済 □未 |
|-----|------------------|----------------------|------------------------|----------------------|

|       |              |                                        |                                                            |        |                |         |      |       |               |
|-------|--------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------|----------------|---------|------|-------|---------------|
| 【妊婦用】 | 氏 名          | ※上記の窓口に来た方と同じ場合は記入不要                   |                                                            |        | 生年月日           | ( 歳 月 ) |      |       |               |
|       | 住 所          | ※上記の住所と同じ場合は記入不要<br>丸亀市 町 丁目 番 号<br>番地 |                                                            |        |                |         |      |       |               |
|       | 出 産 日        |                                        |                                                            |        | 妊娠週数           | 週       |      |       |               |
|       | 交 付<br>受 診 票 | 妊婦健診                                   | 様式① ( 枚 ) ・ 様式② ( 枚 ) ・ 様式③ ( 枚 )<br>様式⑨ ( 枚 ) ・ 様式④ ( 枚 ) |        |                |         |      |       |               |
|       |              | 歯科健診                                   | 有 ・ 無                                                      |        | 新生児聴覚スクリーニング検査 |         |      | 枚     |               |
|       | 産婦健診         | ( ) 枚                                  |                                                            | 1か月児健診 | ( ) 枚          |         | 乳児健診 | ( ) 枚 | 母子手帳再交付No ( ) |

|                  |                                                               |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|---------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 市<br>使<br>用<br>欄 | <input type="checkbox"/> 本人確認 (運転免許書・保険証・その他 )                |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳確認 (転入の場合は、接種履歴裏面貼付)           |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/> 端末履歴確認 (母子健康手帳不携帯の場合) および当月・先月の未接種確認 |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/> 委任状(同一世帯以外の人が代理で申請する場合)              |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/> 転入時4歳未満であれば3歳児健診の受診有無確認→未受診であればカルテ作成 |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/> その他 ( )                              |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/> 転入前の住所 ( ) 担当者 ( )                   |  |  |  |  |  |  |  |