

3～4か月児 健康診査
(年 月 日実施・ 月 日)

体 重	g	身 長	cm
頭 囲	cm		
栄養状態	良・要指導	栄養法	母乳・混合・人工乳
胎前産後経過	なし・あり		
健康・要観察			
特記事項			
要検査 (精密検査実施日: 年 月 日)			
施設名又は担当者名			

乳児

4

県外の医療機関で受診した記録がある部分をコピーしてください

9～10か月児 健康診査
(年 月 日実施・ 月 日)

体 重	g	身 長	cm
頭 囲	cm		
栄養状態	良・要指導	離乳食は	1 日 回
歯	本	口の内の	発音や発声
健康・要観察			
特記事項			
施設名又は担当者名			

乳児

5



【申請に必要なもの】

- ① 県外の医療機関で受診した領収書【原本】
- ② 県外の医療機関で受診した明細書【原本】
- ③ 未使用の乳児健康診査受診票 (1回=3枚1組)
- ④ 県外の医療機関で健康診査を受診した記録があるページをコピー
- ⑤ 母子手帳の表紙をコピー
- ⑥ 子の保護者の情報・出生届出済証明が記録されているページをコピー
- ⑦ 申請者名義の銀行口座がわかる書類のコピー (銀行名・支店名・貯金種目・口座番号・カタカナ氏名の記載がある書類のコピー)
※ゆうちょ銀行を指定する場合は、通帳の2ページ目"振込の受取口座"に記載された漢数字3桁の【店名】と【口座番号】のページをコピー
- ⑧ 申請者の認印 (シャチハタは使用できません)
- ⑨ 申請書「鴨川市妊婦・乳児健康診査負担金交付申請書」※修正がない申請書を提出してください (消せるボールペン、修正テープ (液)、訂正印がない書類を提出してください)

6

欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください

続柄	氏名	生年月日 (年齢)	職業
母 (妊婦)			
子の父			
子の保護者			
居住地			

● 子の保護者の情報、出生届出済証明が記録されているものをコピーしてください。

● 出生届出済証明

子の氏名	男・女
出生の場所	都道府県 市区町村
出生の年月日	年 月 日

上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。