

【妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・乳児一般健康診査】受診票・受検票 再交付申請書

保護者の氏名		住 所			
母の氏名		生年月日	年	月	日 生
子の氏名		生年月日	年	月	日 生
再交付申請する 受診票・受検票	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査（ 前期 ・ 後期 ）				
申請理由	<input type="checkbox"/> 盗難    （受理番号                      ）    ※受理番号コピー貼付 <input type="checkbox"/> 紛失    （受理番号                      ）    ※受理番号コピー貼付 <input type="checkbox"/> その他                      ※下記に理由記載 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				
申請時確認事項	<input type="checkbox"/> 後日、受診票・受検票が見つかった場合は、速やかに保健福祉センターに返却します。 <input type="checkbox"/> 申請内容に虚偽の内容が発見された場合は、支払われた健診費用を大阪市へ返金します。				
上記のとおり、申請をいたします。 <div style="text-align: right;">年                      月                      日</div> 申請者氏名  大阪市                      区保健福祉センター所長    様					