

※ 太枠の中を記入してください。

厚 木 市 乳 児 健 康 診 査 依 頼 申 請 書(見本)

令和 ○年 ○月 ○日

厚 木 市 長

申請者(保護者)

住 所 厚木市中町1-4-3

氏 名 厚木 花子

電話番号 046 - 225 - 2597

次の者が、厚木市乳児健康診査を受けたいので申請します。

ふ り が な	あつぎ たろう		生 年 月 日
健康診査の対象者氏名 (お子さまの名前)	厚木 太郎		令和 ○年 ○月 ○日
健康診査の対象者住所 <small>該当する方に☑をしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 申請者(保護者)と同じ ※どちらかに☑ <input checked="" type="checkbox"/> 異なる場合は、以下に記入願います。 〒 ○○ - ○○○ ○○県△△市□□ ○-△-□ TEL(○○) ○○ - ○○○		
滞在先等住所	〒 ○○ - ○○○ ○○県△△市□□ ○-△-□ (○○○)方 TEL(○○) ○○ - ○○○		
受診を予定している医療機関	名 称	○○病院	
	所在地	〒 ○○ - ○○○ ○○県△△市□□ ○-△-□ TEL(○○) ○○ - ○○○	
申 請 理 由	長期滞在の為 里帰り出産の為 新型コロナウイルス感染症予防の為 等		
依 頼 期 間	厚木市が受診を認めた日から 令和 ○年 ○月 ○日 まで		
健康診査の種類 <small>該当するものに☑をしてください。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 4か月児健康診査 (生後4か月以上5か月未満まで) <input checked="" type="checkbox"/> 8から9か月児健康診査 (生後8か月以上10か月未満まで)		

例：R5. 4. 1生まれの場合で
 4か月健診の申請をする場合
 依頼期間：令和5年8月31日まで

※希望する健康診査に☑を付けてください。