

乳幼児健康診査受診票郵送交付申請書

受 診 者	住 所	足立区			
	(ふりがな)				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	性 別 男・女
必要な受診票 ○をつけてください		1. 6～7か月児健診 2. 9～10か月児健診 3. 1歳6か月児健診（内科）			
交付理由		1. 紛失 2. 転入 3. その他			
令和 年 月 日 <u>申請者住所</u> <u>申請者氏名</u> <u>関係</u> <u>電話番号</u>					

※ 申請する健診が未受診であることが確認できる母子手帳の欄のコピーを同封してください。

※ 申請から受診票が届くまで、2週間程度かかります。余裕をもって申請してください。

【送付先】 〒120-8510 足立区中央本町1-17-1
 足立区役所保健予防課保健予防係 母子担当
【電 話】 03-3880-5892（直通）