

申請日令和 年 月 日

★ この申請書は、お子様の今後の健康管理のために用いられます。母子健康手帳等を参考に太枠内を記入してください。

住所	盛岡市				
父氏名	() 歳		母氏名	() 歳	
連絡先 (自宅)	TEL () () () ※固定電話が無い場合、父の電話番号をご記入ください。		連絡先 (母)	TEL () () ()	
父母と今回申請する乳児以外の同居の家族	() 歳	() 歳	() 歳	() 歳	() 歳

ふりがな			母子手帳番号		(表紙) No.	
乳児氏名 ※双子の場合は下に欄あり	男・女 (第 子)				交付市町村 (盛岡市・他市町村)	
乳児生年月日	令和 年 月 日	月 齢		か 月 日		
分娩の経過 (母子の状態)	1. 自然分娩 2. 人工分娩：①帝王切開 ②吸引分娩 ③その他 ()					
出生時の児の様子	妊 娠 週 数：	週	出 生 体 重：	g	身 長：	cm
	出産した病院：		備 考			
現在の様子	赤ちゃんは元気に退院または退院予定ですか。 1. はい 2. 入院している (病名等) 3. 退院したが様子を見ている (病名等)					
	お母さんは元気に退院または退院予定ですか。 1. はい 2. 入院している (病名等) 3. 退院したが様子を見ている (病名等)					

◆盛岡市では、生後4か月未満のお子様を対象に助産師・保健師が家庭訪問を行っています。
※ 後日、母子健康課からお母さんの連絡先にご連絡いたします。

◆退院後1か月くらいの間、お母さんと赤ちゃんはどちらにいらっしゃいますか。
1. 住居地のところ
2. ご実家等、住居地とは別のところ
① 市内の場合 住所： 盛岡市
② 市外の場合 住所： 都道府県 市区町村
自宅に戻られるのはいつですか？ 月 日頃

◆ 赤ちゃん手帳の受け取りを居住地以外の住所で希望する場合、郵送先となる住所をご記入ください。
郵送先： 都道府県 市区町村

※ 双子の場合には下記欄にご記入ください。三つ子以上の場合は母子健康課まで連絡をお願いします。

ふりがな			母子手帳番号		(表紙) No.	
乳児氏名	男・女 (第 子)				交付市町村 (盛岡市：他市町村)	
出生時の児の様子	妊 娠 週 数：	週	出 生 体 重：	g	身 長：	cm
	出産した病院：		備 考			
現在の様子	赤ちゃんは元気に退院または退院予定ですか。 1. はい 2. 入院している (病名等) 3. 退院したが様子を見ている (病名等)					
	お母さんは元気に退院または退院予定ですか。 1. はい 2. 入院している (病名等) 3. 退院したが様子を見ている (病名等)					

※事務処理欄	赤ちゃん手帳交付番号		発送者
--------	------------	--	-----