

瀬戸市乳幼児健康診査関連書類 送付先変更届出書

令和 年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

届出人 ふりがな 氏名 _____

住所 _____ 瀬戸市

電話番号 _____

対象児との続柄

☐ 父母 ☐ 父母以外の同居の親族 ☐ その他 ()

次のとおり、乳幼児健康診査関連書類の送付先の変更を届出ます。
☐ 乳幼児健康診査 (3 か月・6 か月・1 歳 6 か月・2 歳・3 歳)

対象児①	ふりがな			
	氏名			
	住民票に記載の住所	☐ 届出人と同じ	〒 瀬戸市	
	生年月日 (西暦)	年 月 日		
対象児②	ふりがな			
	氏名			
	生年月日 (西暦)	年 月 日		
対象児③	ふりがな			
	氏名			
	生年月日 (西暦)	年 月 日		
届出理由		☐ 病院入院中 ☐ 施設入所中 ☐ ご家族の単身赴任 ☐ 里帰り出産による帰省 ☐ その他 ()		
送付先住所		〒		
送付先の変更が終了する時期		年 月頃		

※処理欄

届出人 確認	☐ マイナンバーカード	☐ 運転免許証	☐ 日本国旅券 (パスポート)
	☐ 在留カード	☐ 特別永住者証明書	☐ 身体障害者手帳
	☐ その他写真が貼付された官公署の発行する証明書 ()		
	☐ 健康保険被保険者証	☐ 年金手帳 (基礎年金番号通知書)	☐ 年金証書
	☐ 介護保険被保険者証	☐ 雇用保険受給資格者証	☐ 預金通帳
受付担当者	☐ キャッシュカード	☐ 生活保護受給証明書	☐ 社員証
	☐ その他 ()		
	受付担当者	承認担当者	