

年 月 日

宇美町長 殿

申 請 者

氏名

対象児との続柄

## 母子保健サービスの依頼申請について

標記のことについて、下記のとおり他市町村への母子保健サービスの依頼を申請いたします。

### 記

対象児	ふりがな 氏名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日
保護者(母)	氏名	
	携帯電話番号	
住所	糟屋郡宇美町	
申請する母子保健サービス (希望するサービスに ○印つけてください )	・ 2か月児訪問 ・ 乳幼児健診 ( ) ・ その他 ( )	
理由		
滞在先の住所	〒 ( 様方)	
滞在先の市町村名	市町村名 電話番号	担当課

### 注意事項

保護者からの申請に基づき、滞在先市町村への依頼書を作成します。記入もれがないようにお願いします。

なお、依頼した母子保健サービスが不要になった場合は、必ず滞在先の市町村及び宇美町こどもみらい課へご連絡ください。

問い合わせ先

宇美町 こどもみらい課

母子保健係 092-933-0777