様式第８号（第１１条関係）

年　　月　　日

1か月児健康診査受診票再交付申請書

（宛先）小金井市長

申請者住所
氏名
続柄

下記の理由により、1か月児健康診査受診票の再交付を受けたいので申請いたします。

記

※太枠のみ御記入ください。

乳　児　氏　名		生年月日	年　　月　　日
住　　所	電話		
保　護　者　氏　名			
申　請　理　由	1 紛失 2 汚損等（※汚損した受診票を御提出ください。） 3 その他（　　）		
受診票を発行した区　市　町　村　名	東京都　　区・市・町・村		