

様式第1号

1歳6か月児健康診査票（2次健診用）再交付申請書

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

申請者 氏名 _____ 続柄（ ）
〒 _____
住 所 _____
生年月日 _____
電話番号 _____

宮崎市1歳6か月児健康診査票（2次健診用）の再交付に関する要綱第2条の規定により、次の健康診査等の結果通知書の再交付を申請します。

受診者氏名	
生年月日	令和 年 月 日生
住所 (申請者と異なる場合のみ)	

〔注意〕申請者が代理人（当該児と同世帯でない）の場合、様式第2号または任意の委任状が必要です。

処理欄は記入しないでください。

処理欄	受付年月日	令和 年 月 日	受付者（ ）	受付方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送
	受診者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	代理人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	備考				

※申請者が代理人の場合、代理人と受診者それぞれの身分証の提示が必要です。