（様式３－１）

甲３－

母子健康手帳を提出できない旨の陳述書

記　載　日　　年　　月　　日

陳述者氏名　　印

一次感染者との続柄　（　　）

一次感染者氏名　　（　　年　　月　　日生）

○　一次感染者の母子健康手帳を提出できない理由