

第1号様式（第4条関係）

母子健康情報ポータル接続用ICカードリーダー借受書

会津若松市長 あて

私は、下記の貸出条件を遵守し、会津若松市が所有するICカードリーダーを借り受けます。

貸出条件	<input type="checkbox"/> 貸与は1世帯につき1台に限ること。 <input type="checkbox"/> 貸与期間は貸与年度の末日までとし、更新する場合は、毎年度の末日までに市健康増進課に連絡のうえ、必要な手続を行うこと。 <input type="checkbox"/> 貸与品は、原則、母子健康情報ポータルの利用以外の目的に使用しないこと。 <input type="checkbox"/> 貸与品を紛失又は損傷したときは、速やかに市健康増進課に連絡すること。 <input type="checkbox"/> 次の各号のいずれかに該当するときは、貸与品を速やかに市健康増進課に返却すること。 (1) 貸与後、30日以内に母子健康情報ポータルの利用登録がなされない場合 (2) 市外に転出する場合 (3) 母子健康情報ポータルの利用を終了した場合 (4) 虚偽又は不正な手段により貸与がなされたことが判明した場合
------	---

申込者	年 月 日	
住 所		
氏 名	(印)	
子の生年月日 (出産予定日)	年 月 日 ※兄弟がいる場合は最年少の子	
電話番号	(自宅)	(携帯)

※借受人の氏名を自署で行う場合においては、押印を省略できます。

備考欄	
-----	--

※事務局記入欄（該当する□にチェック及び物品番号等を記入）

受付欄	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） <small>※健康保険証等、官公署発行の顔写真付身分証明書でない場合は2点必要</small>	取扱者印
	<input type="checkbox"/> 対象確認 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳交付台帳	
	<input type="checkbox"/> 物品番号 市物品番号_____（本体にシール貼付） シリアルNo._____（本体裏面のS/N）	