



# 母子健康手帳の撮影見本

お申込みの際は母子健康手帳の画像が必要です。  
赤枠内の文字がはっきり読み取れるように撮影してください。（交付日・NO・保護者名・第1子）

※双子以上の方は第2子・第3子

