

妊 娠 届 出 書

※太枠内をご記入ください

交付番号【 _____ 】 交付者【 _____ 】

フリガナ			個人番号	
妊婦氏名				
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	電話番号	
住 所 ※住民票の ある住所			職 業	
妊娠週数	第 週	出産予定日 年 月 日 (予定日当日の年齢 歳) *1	性病に関する健康診断について 【 受けた ・ 受けていない 】	
出産歴	初産 ・ 経産 (分娩回数: 回)	第 子	結核に関する健康診断について 【 受けた ・ 受けていない 】	
診断又は保健指導を受けた 医師又は助産師の氏名	医療機関名: 担当者名:			
母子保健法第15条の規定により上記のとおり妊娠の届出をします。 年 月 日 日田市長 様 届出者氏名 (代理人の場合 妊婦との続柄)				

※日田市では母子保健法第11条に基づき、お子さんが生まれてから全てのご家庭に訪問しています。
※妊娠届出書をもとに、諸通知(パパママ学級の案内等)をさせていただくことがあります。

<p>【届出に必要なもの】</p> <p>☆妊婦本人が申請する場合⇒</p> <p>★代理人が申請する場合⇒</p>	<p>※届出前に必ずご確認ください!</p> <p>①個人番号通知カードまたは個人番号カード ②妊婦の本人確認ができるもの(運転免許証など) ③妊娠届出時アンケート ④妊婦本人の口座番号等わかる物 (通帳、キャッシュカード等) (「出産準備金」手続きのため)</p> <p>①妊婦の個人番号通知カードまたは個人番号カード ②代理人の本人確認ができるもの(運転免許証など) ③委任状 ※委任状は、妊婦本人がご記入ください ④妊娠届出書 ⑤妊娠届出時アンケート</p>
---	---

<p>【市役所記入欄】</p> <p>【本人確認】</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他</p> <p>【個人番号確認】</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員確認同意あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>【妊婦超音波検査受診票の交付】 (出産予定日の年齢が35歳以上の妊婦のみ)</p> <p><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> アンケート()</p> <p>【給付金】</p> <p><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 郵送</p>

委任状		年 月 日
委任者 (妊婦本人)	住所 _____ 氏名 _____	
私は、妊娠の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。		
受任者 (代理人)	住所 _____ 氏名 _____	

出産・育児支援のために必要な場合は、届出情報等の内容について医療機関等と情報共有することに同意します。

【受付日】

署名 _____