

妊娠届出書

No. _____

(宛て先) 富士見市長

年 月 日

フリガナ			生年月日 年 月 日		職業		
妊婦氏名			(歳)				
個人番号							
居住地	〒 _____ 電話番号 _____						
妊娠週数	満 週 (第 月)	出産予定年月日					
※性病に関する健康診断 (血液検査)	受 け た 受けていない		※結核に関する健康診断		受 け た 受けていない		
診断した 医師又は 助産師	医師又は助産師の診断又は保健指導の有無			受 け た 受けていない			
	施設名 _____						
	所在地 〒 _____ 氏 名 _____						
以上のとおり届け出ます。 <div style="text-align: right;">届出者氏名 _____ 妊婦との続柄 (_____)</div>							

- (注) (1) この届出書をもとに、保健師等が記入された電話番号に連絡することがあります。
 (2) ※印欄は、該当するものを○で囲んでください。
 (3) 施設名は、病院、診療所、助産所等をお書きください。
 (4) 個人番号は母子保健法及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき利用し、それ以外の目的で利用することはありません。

市処理欄

宛番号								確認書類		
								番号確認	個力・通力・住民票・不所持・紛失・他 (
								身元確認	1点	免・バ・官身・在力・個力・住力写・身・不所持・他 (
									2点	保・年・介・銀・診・住力無・他 (

※出産応援給付金確認事項 申請書兼同意書： 受領済
 後日郵送予定 (月 日受領)
 後日面談予定(面談実施日: 月 日)(月 日受領)

※※多胎 確認事項 (追加交付) 新生児聴覚スクリーニング検査助成券 (枚)

※※※外国籍の場合 確認事項 国籍: _____ 母子健康手帳の種類: 日本語 ・ その他 (_____)