

## 妊娠届出書

太枠内をご記入ください \*印は外国人のみ

母子手帳交付番号	個人番号 確認	<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"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし
個人番号		
届出人本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード (2点以上) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )		

<個人番号の利用について>母子保健施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法に基づく母子健康手帳の交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出に関する事務で使用します。この個人番号は、当該事務において必要なくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合には速やかに破棄します。

フリガナ	世帯主氏名	
妊婦氏名	夫の氏名	
年齢 ( 年 月 日生)	職業	* 国籍
		* 外国人登録地
居住地 〒 神川町 電話番号	妊娠週数 (妊娠月数)	第 週 (第 月)
	分娩予定日	年 月 日
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無		受けた・受けていない
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無		受けた・受けていない
診断または保健指導をした医療機関名もしくは医師・助産師名	医療機関名	
	医師・助産師名	
妊娠回数	初回・その他( 回目)	出産回数
		初回・その他( 回目)
(あて先) 神川町長 上記のとおり届出いたします。 年 月 日 届出人署名 続柄( )		

## 妊娠届出書

太枠内をご記入ください \*印は外国人のみ

母子手帳交付番号	個人番号 確認	<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"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし
個人番号		
届出人本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード (2点以上) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )		

<個人番号の利用について>母子保健施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法に基づく母子健康手帳の交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出に関する事務で使用します。この個人番号は、当該事務において必要なくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合には速やかに破棄します。

フリガナ	世帯主氏名	
妊婦氏名	夫の氏名	
年齢 ( 年 月 日生)	職業	* 国籍
		* 外国人登録地
居住地 〒 神川町 電話番号	妊娠週数 (妊娠月数)	第 週 (第 月)
	分娩予定日	年 月 日
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無		受けた・受けていない
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無		受けた・受けていない
診断または保健指導をした医療機関名もしくは医師・助産師名	医療機関名	
	医師・助産師名	
妊娠回数	初回・その他( 回目)	出産回数
		初回・その他( 回目)
(あて先) 神川町長 上記のとおり届出いたします。 年 月 日 届出人署名 続柄( )		