

# 妊娠届出書

入力	転記	

受付No.		転入者に○	交付枚数

個人番号 (マイナンバー)									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住民基本台帳ネットワークシステムより個人番号(マイナンバー)を取得することに (承諾する・承諾しない)

※太枠のみ記入してください。

ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日	(満 歳)
妊婦氏名		妊婦携帯番号	— —				
職業		電話番号	( )	—			
居住地	吉野川市 (住所は様方及び団地、住宅、マンション、アパートの部屋番号まで詳しく記入してください。)		連絡の取りやすい時間帯				
ふりがな		電話番号	— —				
配偶者氏名 (パートナー)		職業					
	(生年月日) S H 年 月 日	居住地	同上・その他( )市・町・村				
里帰り予定	しない・する (令和 年 月頃 から 令和 年 月頃まで) ・未定 連絡先( ) — ( )様方( )市・町・村						
転出予定	しない・する (転出先: 市・町・村) ( )月頃から・未定						
現在の妊娠週数	妊娠 ( )週						
出産予定日	令和 年 月 日 ※わからない場合は最終月経 令和 年 月 日						
診断、保健指導を受けた病院名・ 出産予定病院名	診断を受けた病院名		出産予定病院名		新生児聴覚検査票		
	医師名・助産師名				AABR・OAE		
性病に関して、今までに健康診断を受けたことがありますか。							ある・ない
結核に関して、今までに健康診断を受けたことがありますか。							ある・ない
母子保健法第15条に基づき上記のとおり届け出ます。 妊婦一般健康診査受診票・産婦健康診査受診票・新生児聴覚検査表の再発行はできないことに同意します。 妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援のため、市町村が把握した情報について必要に応じて関係機関と確認・共有することに同意します。  令和 年 月 日 吉野川市長 様 届出した者の氏名							

以下、職員記入欄 受付職員( )

本人確認	代理人の場合
<input type="checkbox"/> 個人番号カードの提示 <input type="checkbox"/> 通知カードの提示+ 【顔写真入りの場合1種類】 運転免許証・パスポート 【顔写真のない場合2種類】 健康保険証・年金手帳 その他( )	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 妊婦ご本人の個人番号カード又は通知カード <input type="checkbox"/> 代理人の運転免許証・パスポート その他( )

- ・妊娠届出時面談 (済・未)
- ・子宮頸がん検診受診券 (受診済み・受診券あり)
- ・県外定期予防接種費用助成説明 済
- ・委託医療機関外の健診費用助成説明 済
- ・出産応援給付金申請 (申請済・申請書類配布のみ・転出先)
- ・再発行・前年度受診のため発行・春期)
- ・多胎妊婦超音波検査説明 済
- ・育児用品購入費助成事業の説明 済