

入力	転記	

[illegible]

ふりがな			生年月日	昭和 平成		年	月	日
妊婦氏名			妊婦携帯番号	(満歳)				
職業			電話番号	() -				
住所	吉野川市				連絡の取りやすい 時間帯			
(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。)								
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							
妊娠確定日	令和 年 月 日 ※医療機関において胎児の心音が確認されましたか。はい・いいえ							
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出します。 ☐ こども・子育て支援法第10条の9第1項に基づき妊婦のための支援給付を受ける資格を有することについての申告と認定の申請します。 ☐ 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。								
吉野川市長様				令和 年 月 日				
				届出した者の氏名				

本人確認	代理人の場合
☐ 個人番号カードの提示 ☐ 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()	☐ 委任状 ☐ 妊婦ご本人の個人番号カード又は通知カード ☐ 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) ・ 妊婦のための支援給付(1回目)申請 (申請済・申請書類配布のみ・転出先)
・ 子宮頸がん検診受診券 (受診済み・受診券あり・再発行・前年度受診のため発行・春期)
・ 県外定期予防接種費用助成説明 (済・未) ・ 多胎妊婦超音波検査説明 (済・未)
・ 委託医療機関外の健診費用助成説明 (済・未) ・ 育児用品購入費助成事業の説明 (済・未)