

妊 娠 届 出 書

市町村5年保管

個人番号			※母子健康手帳交付番号 第	号
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	
住所地	行田市		妊娠週数 (妊娠月数)	第 週 (第 月)
	携帯電話 — —		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受けたときは		医師氏名		
その医師・助産師氏名(又は医療機関名)		助産師氏名		
妊 娠 回 数			初回 ・ その他(回目)	
上記届出致します。				
年 月 日				
行田市長 様		申請者氏名	(続柄)	

受付者	市民課
-----	-----

母子保健法第15条の規定により上記のとおり届けます。
 ※下記に同意していただける場合は、レ点を入れてください。

出産の支援のため、必要な場合は、妊娠届出書・アンケートの内容等について、自治体、関係機関が情報共有することに同意します。(19条第2項、22条第3項)

国の「妊娠判定のための初回産科受診料助成事業」を行うにあたり、所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意します。

届出者 氏名 _____ 妊婦本人・夫(パートナー)・その他()
 住所(本人の場合は省略可)

※下記の質問にも回答をお願いします。

◎お仕事の休憩時間や休日など、電話の繋がりがやすい曜日や時間帯があれば教えてください。

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ いつでも (土、日、祝日不可)

_____ 時 ~ _____ 時 (午前8時30分～午後5時までの間で)

子ども家庭センターより、面談実施のためにご連絡させていただきます。