

妊 娠 届 出 書				母子健康手帳交付番号		個人番号記入欄																			
No.																									
妊婦(母)氏名				生年月日	S H	年	月	日	満()歳	職業															
父氏名				生年月日	S H	年	月	日	満()歳	職業															
居 住 地 (住民票のある所)	河内長野市									電話															
										妊婦携帯															
妊娠週数	満 週(か月)		出産予定日	年 月 日		里帰りの予定		有 ⇒ 【産前・産後】 【市内・市外】 無																	
今回の妊 娠	初回・ ()回目		※ 結核に関する健康診断の有無	有 ・ 無		妊娠の診断を受けた医療機関名 または医師・助産師名				()都・道・府・県															
今回の出 産	初回・ ()回目		※ 性病に関する健康診断の有無	有 ・ 無		出産予定施設名																			
上記のとおり届出します																	年 月 日								
☐ 今後妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要となる場合には、市から関係機関等に対し必要な情報を提供することに同意します																									
☐ 妊婦のための支援給付を受ける資格を有することの申告と認定の申請を行います。																									
(宛先) 河内長野市長																		届出者の氏名							

保健センターよりご本人やご家族の健康面等についてご様子をお伺いすることがありますので、ご理解の程よろしく願いいたします。

記入上の注意 ※「結核に関する健康診断」…1年以内にツベルクリン反応検査または胸部レントゲン検査を受けたか否かによって記入すること。

※「性病に関する健康診断」…血液検査を受けたか否かによって記入すること。

妊婦本人が届出	□個人番号カード □個人番号通知カード □運転 □旅券 □その他()												
代理人が届出	□委任状 □妊婦の個人番号カード・個人番号通知カード												
	代理人の本人確認書類 □運転 □旅券 □その他()												

<ホームページ>