

母子健康手帳交付番号

妊娠届出書

フリガナ		生年 月日	昭・平 年 月 日 (歳)	職業	
妊婦氏名					
居住地	富田林市		日中連絡がつく 電話番号		
妊娠月数(週数) 予定日	か月(満 週) 予定日: 月 日		診断を受けた 病院名		
性感染症に関する 健康診査(※1)	受けた ・ 受けていない		結核に関する健康 診査(※2)	受けた ・ 受けていない	

上記のとおり届出します。
 令和 年 月 日 ※本市市民であることを住民基本台帳で確認させていただきますのでご了承ください。
 富田林市長様
 届出人氏名 _____
 *届出者が妊婦以外の場合: 夫 実母 実父 義母 義父 その他 ()

(※1) 血液検査を受けたか否かによって記入すること。(妊娠初期の血液検査: 梅毒・HIV抗体検査等)
 (※2) 1年以内に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。

発行窓口使用欄		受付印	
住基確認	<input type="checkbox"/> 済		
個人番号確認 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要→右に <input checked="" type="checkbox"/> を	妊婦 本人 確認	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他
		1点: <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 写真付学生証・社員証 <input type="checkbox"/> 写真付資格証明書で氏名生年月日又は住所記載あり <input type="checkbox"/> その他 2点: <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児扶手・特児扶手証書 <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 写真なし身分証明証 <input type="checkbox"/> 公共料金の領収証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 住民票写し	
代理人の本人確認	<input type="checkbox"/> 済み (妊婦同様)		受付者 ()