

妊娠届出書

日吉津村長様

母子保健法第15条の規定により、次のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

届出者 氏名 _____ (続柄 _____)

※本人以外の届出の場合のみ記入

生年月日

住 所

電 話

ふりがな 妊婦氏名		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	職 業	
個人番号					
住民票の ある所	西伯郡日吉津村大字 電話 — —				
妊娠週数	週 (か月)	分娩予定日	平成 年 月 日		
性病に関する 健康診断の 有無	ア 受けた イ 受けていない	結核に関する 健康診断の有無	ア 受けた イ 受けていない		
診断及び保健指導 を受けた医師又は 助産師の氏名	施設名	医師又は助産師氏名			

※以下担当課記入欄

個人番号 確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳ネットワークシステムより取得				
本人確認方法	顔写真付証明書 (1点)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()			
	顔写真付でない 証明書 (2点)	<input type="checkbox"/> 各種保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行した書類で、氏名、生年月日又は住所が記入され ているもの ()			