

妊娠届出書



●母子健康手帳交付の際は、マイナンバーカードか個人番号通知カードと写真つきの身分証明書(運転免許証等)をお持ちください。

※窓口記載欄

※母子健康手帳交付番号 NO.		妊娠届出		年	月	日(妊娠満	週)
フリガナ		生年月日	S H	年	月	日()	職業
妊婦氏名		個人番号					※ <input type="checkbox"/> 番号確認 ※ <input type="checkbox"/> 本人確認
住所	佐用郡佐用町			電話	自宅() 妊婦携帯() -		
夫(パートナー)氏名		生年月日	S H	年	月	日()	職業
血液型について	妊婦	ABO式		Rh(D)式			
		うけない・うけた (O・A・B・AB)		うけない・うけた (+・-)			
	夫(パートナー)	ABO式		Rh(D)式			
		うけない・うけた (O・A・B・AB)		うけない・うけた (+・-)			
出産について	出産予定日			出産予定医療機関			
	年 月 日			住所			
妊娠 回目	名前	生年月日	生下時体重	健否	備考		
	第1子		g				
	第2子						
	第3子						
	第5子						
(あて先)		佐用町長 様			上記のとおり届け出ます。		
届出人氏名							
印 (妊婦との続柄)							
●届出人氏名を本人が自署する場合は、押印を省略することができます。							
【代理人が届け出る場合】 委任状欄	私は上記の者に対し、母子健康手帳の交付申請のために佐用町に個人番号を提供する権限を委任します。						
	平成 年 月 日			妊婦氏名 印			

●この届出にかかる情報の内容は、佐用町で管理し健康支援以外の目的では使用しません。 ※ 代理人確認
なお個人番号については、番号法に基づく事務に限り使用します。

担当記入欄	※ 面接・相談内容	※ 面接 <input type="checkbox"/> 妊婦本人(同席者:) <input type="checkbox"/> 本人以外() 担当 ()
-------	-----------	---