様式第１号(第２条関係)

妊　娠　届　出　書

個人番号 (妊婦本人)			母子健康手帳交付 (No.　　－　　－　　)			
ふりがな 妊婦氏名		生年月日	年　　月　　日 (　　歳)			
妊婦職業	勤め(常勤・その他　　)・自営業・その他・なし					
住　所		電話番号				
父の氏名	差し支えなければご記入下さい	父の 職　業	勤め(常勤・その他　　)・ 自営業・その他・なし			
分娩 予定日	年　　月　　日	届出日における 妊娠回数	週　(　　か月)			
分娩回数	初産・経産(　　回)	現在児数	人	出産順位	第　　子	
医師 または 助産師 の診断	1　受けた 医療機関名 医　師・助産師　氏名 2　受けていない					

【今回の妊娠で受けた検査】

○性感染症の血液検査　　〔　受けた　・　受けてない　〕

○結核の健康診断　　〔　受けた　・　受けてない　〕

母子保健法第 15 条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。なお、母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳等の情報について、町長が調査、取得、利用することについて同意します。

年　　月　　日

妊婦氏名　　印

金　武　町　長　あて

【本人又は代理人確認書類】(1 点で可) 個人番号カード　・　運転免許　・パスポート　・保険証　・年金手帳　・　その他

(　　)

※窓口に来られた方が本人(妊(産)婦)以外での個人番号の記入をする場合は、委任状が必要となりますので以下の欄にもご記入ください

委任状

代理　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿本人と
氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の関係＿＿＿＿

委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名(妊(産)婦)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号への提供を伴うこの届出について、左記のものを私の代理人として定め、その権限を委任します。