

市記 入欄	来庁者	個人番号確認	本人確認	母子手帳交付場所	番号
	本人・夫 その他( )	個人番号カード・住民票・通知カード その他( )	個人番号カード・運転免許書 その他( )	子育て支援課	
	新規	住登外:母子手帳のみ交付	多胎(多胎用票6・聴覚2)	出産応援給付: 申請・提供・後日面談	

## 妊 娠 届 出 書

ふりがな 妊婦氏名			妊婦の 個人番号												
			結婚暦	既婚・未婚(入籍予定: 有・無・未定)											
生年月日	昭和・平成	年	月	日	健康保険 種類	能代市国保・社会保険・生活保護・その他									
職 業	勤務先( )														
居 住 地	〒 能代市  世帯主( )														
今 後 の 変 更 予 定	1. なし 2. 予定あり a. 名字 ( ) b. 住所( 県 市町村)														
電 話 番 号	(本人、自宅・その他 ) *妊娠中や産後に、子育て支援課より訪問等のご案内の連絡に使用いたします。ご了承ください。														
同 居 家 族	夫・パートナー・子ども( )人→( 歳、 歳、 歳、 歳 ) 実父・実母・義父・義母・その他( )														
ふりがな 子の父の氏名			子の父の 職 業												
生年月日	昭和・平成	年	月	日	勤務先( )										
妊娠診断を 受けた医療機関			過去の 妊娠出産	無・有(妊娠 回、出産 回)											
出産予定日		年	月	日	現在の 妊娠週数									週	
出生順位	第	子	( <input type="checkbox"/> 多胎 )		里帰り予定	無・有( 県 市町村)									
今後、妊婦健診 を受ける 医療機関	1. 妊娠診断を受けた医療機関と同じ 2. その他 ( 医療機関名 )		分娩予定の 医療機関		1. 能代厚生医療センター 2. その他( ) 3. 未定										
今回の妊娠で 結核検査 (胸部レントゲン)	1. 受けた 2. 受けていない(不明含む)		今回の妊娠で 性病検査 (血液検査)		1. 受けた 2. 受けていない(不明含む)										
<p>能 代 市 長 あて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・母子保健法第15条および同法施行規則の規定により、上記のとおり届出します。</li> <li>・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、市長が調査、取得、利用することについて同意します。</li> <li>・能代市では、医療機関、保育施設、教育委員会等と連携しながら、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行っています。支援が必要となる場合には、関係機関と必要な情報を共有することに同意します。</li> </ul> <p style="text-align: center;">署名 _____</p>															
<p>届出日 令和 年 月 日 届出者氏名 _____ (本人・続柄 _____)</p>															

\*裏面もご記入ください