

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・1か月児健診)	妊婦支援給付: 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 (初婚・再婚) (入籍予定: 有・無・未定)									
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (年齢 歳)		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()												
現 住 所	〒 能代市 世帯主名()												
居住地	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ												
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	勤務先()									
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (年齢 歳)												
妊娠診断を受けた 医療機関名 医師名	医師名()		妊娠後の 検査	結核検査: 受けた・受けていない (胸部レントゲン) 性病検査: 受けた・受けていない (血液検査)									
医師による 胎児心拍確認日	年 月 日		過去の 妊娠出産	無・有(妊娠 回、出産 回)									
出産予定日	年 月 日		出生順位	第 子 <input type="checkbox"/> 多胎(人)									
現在の 妊娠週数	妊娠 週(妊娠 月)		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									
<p style="text-align: center;">能 代 市 長 あて</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 母子保健および児童福祉に関する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。 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。 <p style="text-align: center;">署名 _____</p>													
届出日 令和 年 月 日 届出者氏名 (本人・続柄)													

*裏面もご記入ください