

妊 娠 届 出 書

串本町長 あて

届出日 年 月 日

母子健康手帳交付番号No.

(ふりがな)											生 年 月 日		
妊婦氏名											年 月 日 (歳)		
個人番号 (マイナンバー)												職業	
住 所	〒										電話番号		
妊娠月数	年 月 日現在					週 (ヲ月)		出産予定日	年 月 日				
医師又は助産師の診 断又は保健指導を受 けた場合	医療機関等の所在地及び名称												
	医師又は助産師の氏名												
性病に関する健康診断	受けた・受けていない					結核に関する健康診断		受けた・受けていない					

※妊婦本人以外の方が届出する場合は必ず下記を記入してください。

委任状	
代 理 人	住所 氏名
串本町長 あて 私は、上記の者を代理人と定め、妊娠届出書の提出及び母子健康手帳等の受領にかかる一切の権限を委任します。 年 月 日	
委 任 者 (妊婦)	住所 氏名

母子保健法第15条の規定により、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、利用することに同意します。

年 月 日

氏名 () 続柄 ()

【町記入欄】

本人確認 (個人番号確認) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号がわかるもの) ※住民票の場合、写真付の身分証明書等で本人確認を行う。	本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他写真付の身分証明書 ()	係員 ()	日付印
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-----