

# 妊 娠 届 出 書

届出日: 年 月 日

日出町長 様

届出者 住所  
氏名

母子保健法第15条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

ふりがな		生 年	年 月 日
妊 婦 氏 名		月 日	( 歳)
妊婦の個人番号		職業	
居 住 地		区 名	
妊 娠 週 数 (出産予定月日)	妊 娠 週 (出産予定日: 年 月 日) 第 子		
	※16週以降の方へ、届出が遅れた理由をおたずねします。 ① 時間がなかった ② 体調が悪かった ③ 産むかどうか迷っていた ④ 妊娠に気づいていなかった ⑤ その他( )		
診断又は保健指導 を受けた医師又は 助産師の氏名	医師または助産師名 ( ) 施設名 ( )		
性病に関する健康 診 断 の 有 無	受けた ・ 受けていない	結核に関する健康 診 断 の 有 無	受けた ・ 受けていない
連 絡 先		保 険 の 種 類	日出町国保 社保 ・ 共済 ・ その他 ( )
配 偶 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
		職 業	

医療機関において胎児の心音が確認されている	
-----------------------	--

妊婦・乳児健康診査受診票受け取り	
------------------	--

この妊娠届出書をもって、子ども・子育て支援法第10条の9第1項に基づく「妊婦のための支援給付」を受ける資格を有することについての認定申請とする	
---	--