

妊娠届出書				交付 番号	
妊婦 個人番号				法律に基づき住民基本台帳ネットワークシステムから個人番号を取得及び管理することについて ※備考1をお読みください <input type="checkbox"/> 承認	
ふりがな		生年月日	年齢	職業	住民登録
妊婦氏名	1既婚 2未婚(入籍予定 有・無)	年 月 日	歳		利根町 その他 ( )
ふりがな		生年月日	年齢	職業	住民登録
夫氏名 (パートナー)		年 月 日	歳		利根町 その他 ( )
居住地	〒		電話 携帯電話	( ) ( )	

初診年月日	年 月 日	妊娠週数	年 月 日現在	週
分娩予定日	年 月 日	性病に関する健康診断の有無	受けた・受けていない	
特記事項	単胎・多胎( 胎) 不妊治療: あり・なし	結核に関する健康診断の有無	受けた・受けていない	
医療機関等の名称 医師又は助産師氏名			医療機関の 所在地	
妊娠・出産等について、医療機関や関連機関と連携が必要な場合、 情報提供をさせていただくことがあります。 ご了承ください。署名をお願いします。			妊婦署名:	

備考1 個人番号の取得及び管理について:番号法別表1に基づき、母子保健法による妊娠の届出に関する事務により、妊娠届出の受理に当たり届出をした者のマイナンバーを取得及び管理します。  
個人番号の使用について:番号法別表1に基づき、妊婦・乳幼児の健康診査、訪問等の保健指導、妊産婦・新生児への訪問指導等に関する事務に使用します。  
妊娠届出書について:母子保健法第15条の規定に基づき行っているものです。  
備考2 対象者でない場合は、委任状を添付してください。

\*外国人の方のみお答えください

国籍		住民登録	利根町・その他( )
----	--	------	------------

利根町長 様

医療機関にて妊娠を確認しましたので、届け出します。  
本妊娠届出書は、利根町妊娠・出産祝い品支給事業、児童手当、妊産婦医療福祉費支援制度等母子保健福祉への活用及び母と子の健全育成の支援を目的としています。  
このことを理解の上、利根町における母子保健福祉事業に使用されることに同意いたします。

年 月 日

申請者

職員記入欄

●本人確認 (番号確認・身元確認)

① 番号確認	② 身元確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された 住民票(写し) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳ネットワークシステム確認	1点 <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"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他( )