

妊 娠 届 出 書

調布市長宛

下記のとおり届け出ます

年 月 日

本人以外の場合署名 _____ 続柄 ()

ふりがな					生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)	職 業	
妊婦氏名								
個人番号								
居 住 地	調布市 電話 ()							
妊娠週数	満 週		分娩予定年月日		令和 年 月 日			
初産・経産の別	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産・・・今までのお産 ()回							
性病に関する健康診断 (血液検査)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		結核に関する健康診断		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない			
医師又は助産師の診断	<input type="checkbox"/> 受けた (医師又は助産師の診断を受けていない場合は、届け出できません)							
	施 設 名					医師(助産師)名		
	所 在 地							

手帳番号 【 No. _____ 】

処理欄

- 住基端末での住民確認
- 医師又は助産師の診断を受けていること及び、施設名の記入確認
- ご本人と妊婦健診受診票 (14回分)、妊婦超音波検査受診票、妊婦子宮頸がん検診受診票、調布市妊婦歯科健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票の確認 (再発行しない旨、伝えてください)
- ゆりかご調布面接の案内

<本人及び同居の夫以外の者が届出された場合>

- 委任状

<個人番号記載の場合>

- ☆ 個人番号の確認 確認済 証明書類なし 拒否
- ☆ 個人番号の本人確認 確認済 証明書類なし 拒否

<受付窓口> 健康推進課 すこやか

受付者サイン	受領印
--------	-----