妊　娠　届　出　書

母子健康手帳交付番号.

深川市長 様　　年　　月　　日

1．母子保健法第15条の規定により、下記の通り届け出ます。

2．安心安全な妊娠期を過ごすことができるよう、必要時、関係機関へ必要な情報を提供することに同意します。

申請者氏名	
申請者が妊婦ご本人以外の場合は ご本人とのご関係をご記入ください。	□ 委任状　□ 本人確認

赤ちゃんの保護者	ふりがな		生年月日	職 業（勤務先）
	妊婦氏名		年　月　日 （　歳）	（　）
	妊婦のマイナンバー			〔産休の有無〕無 ・ 有（　月頃から）
	ふりがな		生年月日	職 業（勤務先）
	父親氏名 （パートナー氏名）		年　月　日 （　歳）	（　）

婚姻状況	既婚　・　未婚	入籍予定の方（新姓）	
住　所	深川市		
電話番号	※妊娠さんへ教室のご案内や体調確認などで連絡をとらせていただくことがあります。 □携帯　（連絡がとれる時間帯　） □自宅　（連絡がとれる時間帯　） □その他　（連絡がとれる時間帯　）		
出産予定日	年　月　日	現在の 妊娠週数	週
妊娠の診察を受けた日	年　月　日		
妊娠の診察を受けた施設名	病院　・　医師または助産師名		
出産予定の施設	※現在受診してる施設と異なる場合のみ記入してください。		
今回の妊娠以後に性病に関する検査を受けましたか？	受けた　・　受けていない　・　わからない		
１年以内に結核に関する検査を受けましたか？	受けた　・　受けていない　・　わからない		

〔 市記入欄 〕　受付者氏名（　　）

本 人 確 認

□ マイナンバーカード

□ 通知カード＋Ⅰ（1点）　□ 通知カード＋Ⅱ（2点）

Ⅰ 顔写真付身分証明書　□運転免許証　□ パスポート□ その他官公署発行書類

Ⅱ 顔写真なし身分証明書　□健康保険証　□ 年金手帳　□ その他これに類する書類

母子健康手帳発行（　有　・　無　）　妊婦健診受診票（　回　～　回）

産婦健診受診票（　1回目　・　2回目　）　新生児聴覚検査受診票　多胎（　人）　1か月児健診受診票

就労・転入（定住5年以内）　※深川居住歴通算5年以上になる場合は転入としない　（R6年4月改正）