

(飯田市)

# 妊娠届出書

届出年月日 令和 年 月 日

交付番号	
------	--

妊婦の個人番号		生年月日	年齢	職業
妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定 あり・なし)	S H 年 月 日	歳	
夫の氏名		生年月日	年齢	職業
		S H 年 月 日	歳	
住所	〒 飯田市	電話	—	
		携帯電話	— —	
医師の診断	妊娠週数	週 ( 月 )	今回の妊娠以降に性病に関する血液検査	①受けた ②受けていない
	分娩予定日	令和 年 月 日	1年以内に結核に関する胸部レントゲン検査	①受けた ②受けていない
診断を受けた病院・医院・助産院名				

\* 窓口にいらっしゃった方が代理人の場合はご記入ください。

代理人住所	妊婦との続柄	<input type="checkbox"/> 同居の親族 ( ) <input type="checkbox"/> 同居の親族以外 ( )
フリガナ	生年月日	
代理人氏名	年 月 日	

\* あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します。以下について、さしつかえのない範囲でご記入ください。

1 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産 ( 出産回数 回 )
2 出産場所は決まっていますか。	①はい ( 病院・医院・助産院名 ) 県内・県外 ②いいえ
3 妊娠中や育児中に協力してもらえる人はいますか。	①はい ( 夫・実父母・義父母・兄弟姉妹・友人・その他 ) ②いいえ
4 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり ア 妊娠について イ 出産について ウ 育児について エ 経済面 オ 自分の心身の健康 カ 夫婦関係 キ 家族関係 ク その他 内容



## 事務処理欄

本人・代理人	身元確認	一号書類(1点で可) <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 住カ(B) <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> その他( )	二号書類(2点以上) <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 受給証 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> その他( )	左記との組み合わせで可とするもの <input type="checkbox"/> 学証 <input type="checkbox"/> 社証 <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他( )	確認者
	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基ネット端末 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・住民票記載事項証明	代理確認 <input type="checkbox"/> 法定代理人( <input type="checkbox"/> 戸 <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 成後 <input type="checkbox"/> その他[ ] ) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類( )		住基確認
交付種別	妊娠交付・転入交付・外国語版交付 双胎・多胎 ( 月 日判明 )		交付場所	<input type="checkbox"/> 本庁保健課以外 ( )	