**妊　娠　届　出　書**

|  |
| --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日吉　備　中　央　町　長　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　妊婦氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生　年　月　日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　　歳） | 妊　婦　の　職　業 |  |
| 住　　　　　　所 |  | マ イ ナ ン バ ー（　個人番号　） |  |
| 妊　娠　週　数（届　出　時） | 満　　　　　　週 | 出産予定日 | 令和　　　　年　　　月　　　日 | 連　絡　先 |  |
| 今回の妊娠に伴い健康診断又は保健指導を受けましたか | 　　　　　　　　　　受けた場合　　受けた　　　　　医療機関又は助産所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・　　受けていない医師又は助産師名 |
| 今回の妊娠に伴い性病についての健康診断を受けましたか | 受けた　　　・　　　受けていない | 一年以内に結核についての健康診断を受けましたか | 　　受けた　　　・　　　受けていない |

母子保健法第15条の規定により、下記のとおり届出をします。　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 受付年月日（　令和　　　年　　　月　　　日）

※　妊婦さん自身で記入して、できるだけ早く役場に提出してください。（持参品、届出場所等は裏面のとおりです。）

妊娠届出受付者：

|  |
| --- |
|  |

個人番号確認者：

|  |
| --- |
|  |
|  |

※　母子健康手帳、赤ちゃんの冊子など、よく読んで活用してください。

**妊娠届出の際に、個人番号を確認することに同意します。**

**署名欄：**

|  |
| --- |
|  |