

妊娠届出書(母子健康手帳交付申請書)

★太枠内をご記入ください。裏面もご記入ください。

★お預かりする個人情報は、適正に管理し、健康支援以外の目的では使用しません。保健師や助産師が、訪問や子育て支援業務のために連絡させていただくことがありますので、ご了承ください。

届出年月日		令和 年 月 日			妊婦個人番号			
妊婦	ふりがな氏名	ふりがな			職業			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)			医療保険の種類	1. 国保 2. 社保 3. その他()		
	住所	越前町			出身市町村			
	電話番号	(携帯) - - (自宅) - -				婚姻形態	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 入籍予定 <input type="checkbox"/> 未婚	
(パートナー)	ふりがな氏名	ふりがな			職業			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)			出身市町村			
妊娠・出産について	妊娠の診断を受けた施設名および医師名				(医師・助産師)			
	出産予定医療機関							
	妊娠について(流産・死産・中絶含む)	今回の妊娠は 回目(第 子)		胎児について	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(胎)			
	出産予定日	令和 年 月 日		妊娠週数(月数)	第 週(カ月)			
	帝王切開の既往	無・有(回)		性病に関する健康診断(過去1年間)	無・有			
	習慣的な喫煙の有無	無・妊娠してやめた・有(本/日)		結核に関する健康診断(過去1年間)	無・有			
	習慣的な飲酒の有無	無・妊娠してやめた・有(本/日)		アレルギー体質の有無	無・有		<input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()	
	同居家族の喫煙者の有無	無・妊娠が分かりやめた・有		夫(パートナー)のアレルギーの有無	無・有		<input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()	
上記のとおり届出します。								
越前町長 様		届出者氏名		届出者が本人でない場合 続柄()				

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握している情報※を必要に応じて、相互に確認・共有することに同意します。

※情報とは妊娠届出書、妊娠届時アンケート、妊娠状況、妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援で実施するアンケート結果など

署名日 令和 年 月 日

署名

※裏面もご記入ください。

下記受付担当者記入欄 (受付者:)

<input type="checkbox"/> 新規交付 世帯第()子	<input type="checkbox"/> 再交付	<input type="checkbox"/> 転入(転入日)	母子手帳番号		
委任状の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの場合、委任者の個人番号+受任者の本人確認書類)				
番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 住民基本台帳(個人番号は番号法に基づき、町が個人番号を照合及び取得します)				
本人確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他()				1点
	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他(官公署等が発行した書類で、氏名、生年月日または住所が記載されているもの)				2点
出産応援給付金	<input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 後日申請(提出予定 月頃) <input type="checkbox"/> 申請しない				
ハートフルパーキング	<input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 申請しない 添付書類:母子手帳コピー				