

|       |  |
|-------|--|
| ※交付番号 |  |
|-------|--|

## 妊 娠 届 出 書

|  |       |  |  |   |               |
|--|-------|--|--|---|---------------|
| ふりがな   |       |  |  | 生年月日  | 年 月 日<br>( 歳) |
| 妊婦氏名   |       |  |  | 職 業   |               |
| 個人番号<br>(マイナンバー)   |       |  |  | ※個人番号の記入がなくても申請できます。<br>市で個人番号を取得させていただきます。 |               |
| ふりがな   |       |  |  | 生年月日  | 年 月 日<br>( 歳) |
| 夫(パートナー)<br>氏 名  |       |  |  | 職 業   |               |
| 居住地  | 常総市   |  |  |   |               |
| 電話番号   | 自宅：   |  | 携帯（妊婦）：  |   |               |
| 妊娠週数   | 分娩予定日 |  | 初産・経産の別  |   |               |
| 満 週(第 月)   | 年 月 日 |  | <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(第 子) |   |               |
| 性病に関する検査（血液検査）   |       |  | 結核に関する検査（胸部レントゲン）  |   |               |
| <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない           |       |  | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない |   |               |
| 診断を受けた医師若しくは助産師の氏名又は施設名  |       |  |  |   |               |
| 氏 名  |       |  | 施設名  |   |               |
| 母子保健法第15条の規定に基づき、上記のとおり届け出ます。<br>年 月 日<br>届出者氏名<br>(妊婦との続柄 )<br>常総市長 宛 |       |  |  |   |               |

**【個人番号の利用目的について】**

個人番号は、母子保健法施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法による妊娠の届出、母子健康手帳の交付等に関する事務で使用します。この個人番号は、当該事務において必要なくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合には、速やかに破棄します。

※代理人が申請する場合は、必ず記入してください。

### 委 任 状

(妊婦本人が記入してください)

年 月 日

委任者（妊婦本人）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、妊娠の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者（代理人）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (委任者との関係： )

|        |   |  |
|--------|---|--|
| ※職員記入欄 | <b>妊婦本人確認</b><br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 (            ) | <b>代理人本人確認</b><br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 (            ) |
|--------|---|--|

