

# 妊娠届出書（母子保健法第 15 条）

母子健康手帳交付番号

\*個人番号は、母子保健法による妊娠の届出、母子健康手帳の交付、健康診査に関する事務で使用します。

\*個人番号（マイナンバー）を記入してください

太枠の中をご記入ください

ふりがな			届出日	年 月 日	
妊婦氏名			職業		
生年月日	S・H	年 月 日（ 歳）	自宅電話	— —	
住民票	泉佐野市		携帯電話	— —	
居住地	<input type="checkbox"/> 住民票に同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる （ ）		多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
出産予定日	年 月 日		妊娠週数	満 週（ か月）	
妊娠の診断を受けた医療機関名	施設名		出産予定病院	<input type="checkbox"/> 大阪府内（ ） <input type="checkbox"/> 大阪府外（ ） <input type="checkbox"/> 未定	
性病に関する健康診断の有無（妊娠後）	<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けてない		今回を含む妊娠回数	回	
結核に関する健康診断の有無（妊娠後）	<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けてない		お子さんの人数（現在の妊娠は含みません）	人	
泉佐野市長 様 上記のとおり届出します。届出をするにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。 また、妊娠期から子育て期にわたるまで、切れ目ない支援のために、市と関係機関が連携をとることに同意します。 申請者 _____（*代理人の場合は続柄 _____） 住所 泉佐野市 _____（ <input type="checkbox"/> 上記に同じ）					

※妊婦本人以外の方が届出する場合は、下記を妊婦本人が記載してください。

泉佐野市長 様	代理人選任届(委任状)
私は上記の者に対し、行政手続きにおける特定の個人を識別する番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）に規定される、個人番号の提供を伴う妊娠届出に関することについて委任します。	
委任者氏名（妊婦氏名） _____	

<個人番号確認> 個人番号等の確認書類がとれなかったため、個人番号は未記入。

番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票/記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
本人確認方法	顔写真付証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）
	顔写真付ではない証明書	<input type="checkbox"/> 保険証・年金手帳 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行した書類で、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの
代理人確認	顔写真付証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）
	顔写真付ではない証明書	<input type="checkbox"/> 保険証・年金手帳 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行した書類で、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの