

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	☐ 住民票に同じ ☐ 住民票と異なる ()	多胎妊娠	☐ 無 ・ ☐ 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	☐ 大阪府内 () ☐ 大阪府外 () ☐ 未定
性病に関する健康診断の有無（妊娠後）	☐ 受けた ・ ☐ 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）	☐ 受けた ・ ☐ 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。
妊婦のための支援給付金を受ける資格があるため、その認定を求めます。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。

年 月 日

申請者 _____（*代理人の場合は続柄 _____）

住所 泉佐野市 _____（ ☐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	☐ 個人カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載住民票/記載事項証明書 ☐ その他()	
本人確認方法	顔写真付証明書	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 在留カード ☐ その他()
	顔写真付ではない証明書	☐ 資格確認書・年金手帳 ☐ 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	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 在留カード ☐ その他()
	顔写真付ではない証明書	☐ 資格確認書・年金手帳 ☐ 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