



新生児連絡票 (兼 低体重児出生届)



★お問い合わせ先★

泉佐野市 こども家庭課

〒598-8550

泉佐野市市場東一丁目1番1号

TEL：072-463-1212（代表）

【 こんにちは赤ちゃん事業 】

泉佐野市こども家庭課では、お子さまの健やかな成長と保護者の皆様の子育てを応援するため、「こんにちは赤ちゃん事業」を実施しています。

生後4か月までの乳児のいるすべてのご家庭を助産師・保健師等が訪問します。

地域の子育てサービスや育児に関する情報をお伝えし、赤ちゃんの体重測定等も行います。

☆ 対象者：生後4か月までの乳児のいるご家庭

出生届を出されたご家庭に生後4か月頃までに訪問します。

☆ 訪問者：助産師等の訪問員 ☆ 料金：無料

※下記の太枠内にご記入ください。この内容は、「こんにちは赤ちゃん事業」の訪問・連絡及び、母子保健法による事業（健康記録カードの作成・低体重児出生届・未熟児訪問）の目的に使用させていただきます。

お子さまの氏名 ふりがな	ふりがな _____ (男・女) 第 子		
生 年 月 日	令和 年 月 日	出生体重	g (・2,500g 以上・未満)
出 生 場 所	(病院・助産院・その他)	在胎週数	週 日
保護者さまの氏名 (携帯番号)	母： _____ (歳) (携帯番号 — —)	父： _____ (歳) (携帯番号 — —)	
自 宅 住 所 (電話番号)	泉佐野市	ハイツ・マンション名 ()	電話番号 —
自宅周辺の地図 (建物・病院・駅・店・幹線道路・交差点名など可能な範囲でご記入ください。)	・訪問時に駐車できるスペースはありますか？(有・無) ・表札はありますか(有・無) ・ペットはいますか(いる《 》・いない) ・ご自宅の目印(壁や屋根の色など)：		
里帰りの有無	無・有 (住所： _____) (期間：令和 年 月 日頃まで _____) (連絡先電話番号： — — — — — 様方)		
記入者さまの氏名	(続柄)		

ご記入ありがとうございました。

訪問日程は、後日ハガキ・電話等でご連絡させていただきます。

こども家庭課利用欄	/ ()	訪問担当
No.	・AM ・PM	

受付年月日

妊婦のための支援給付(2回目)

□説明・書類渡し /

来所者(父・母・その他：)

母来所時□申請済(アウゲト、申請書、添付書類)