

妊 娠 届 出 書

年 月 日

三朝町長 様

届出人住所

氏名

印

母子保健法第 15 条第 1 項の規定により、下記のとおり届出ます。

なお、母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳等の情報について、町長が調査、取得、利用することについて同意します。

妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
個 人 番 号	
出 産 予 定 日	年 月 日
妊 娠 週 数	妊娠週数 週 (月数 か月)
初 回 受 診 日	年 月 日
受 診 医 療 機 関	

妊婦本人以外の方が申請に来られる場合には委任状が必要です。下記の委任状をご記入ください。

委 任 状 (必ず妊婦本人が記入して下さい。)

年 月 日

委任者 (妊婦本人) 住所

氏名 印

私は、妊娠の届出および母子健康手帳の受領等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 ()

事務処理欄 (届出人本人確認)		届出人 : 妊婦本人 ・ 代理人	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード			
個人番号の記載がある書類 (1点)		顔写真付きの公的な証明書 (1点)	
<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し (個人番号記載あり)		顔写真付きでない公的な証明書 (2点)	
<input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 (個人番号記載あり)		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	