

妊 娠 届 出 書

5年保管

					手帳交付番号:			
フリガナ					世帯主氏名			
妊婦氏名					父となる者			
年 齢	歳 (S・H 年 月 日生)			年 齢		職 業		
個人番号 (マイナンバー)		職 業		携 帯	()			
居 住 地	深谷市				分 娩 予 定 日	年 月 日		
					妊 娠 週 数	第 週		
自 宅 電 話	()		妊 8	分 娩 予 定 日 の 年 齢	歳			
本 人 携 帯	()			国 籍(外国人のみ)				
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無					受 け た ・ 受 け て い な い			
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無					受 け た ・ 受 け て い な い			
今回の妊娠の診断を受けた病医院名・助産院名 診断した医師又は助産師名								
出産予定の病医院名・助産院名								
妊娠回数	初回 ・ 回目(※今回の妊娠を含む)			出産回数	初回 ・ 回目(※今回の妊娠を含む)			
上記のとおり届出いたします。 年 月 日 深谷市長 宛 届出者氏名 (妊婦との関係)								

妊娠、出産、子育て期に至るまで切れ目のない支援が提供できるように、今後の妊娠等の情報について、必要に応じて関係機関等と情報を共有することについて同意します。

妊婦氏名()代筆者()

※本人が来所できない場合、記載が必要です。

委任状 (必ず妊婦本人が自署してください)

年 月 日

委任者(妊婦本人) 氏名 _____
住所 _____

代理人(届出者) 氏名 _____
住所 _____
委任者との続柄 _____

私は上記のものを代理人と定め、次の権限を委任します。

- 母子健康手帳及び妊婦健康診査助成券等の交付手続き及び受領に関する事
- 市が個人番号を検索し記載することの承認に関する事

※来所時、①代理人の身分証明書、②委任者(妊婦本人)のマイナンバーが確認できるものをお持ちください。

※市処理欄 担当者:	本人確認: 有 ・ 無	備考:
---------------	-------------	-----

◎裏面もあります。

