

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			
個人番号 (マイナンバー)		職 業					
年 齢	歳 (S・H	年	月	日	年 齢		職 業
本人携帯	()	妊		携 帯	()		
自宅番号	()	8		分 娩 予 定 日	令 和	年	月 日
居住地	深谷市			妊 娠 週 数	第 週		
				分娩予定日の年齢	歳		
				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。 令和 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)

令和 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。

1. 妊娠届出に係る申請手続きに関する事
2. 母子健康手帳一式の受け取りに関する事
3. 市が個人番号を検索し記載することの承認に関する事(ただし、妊娠届出書に個人番号の記載をしない場合に限る)

※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。

◎裏面もあります。

※市処理欄

【担当者】	【本人確認】 有 ・ 無 マイナンバーカード ・ 免許証 ・ 保険証 ・ その他()	【肝炎同意】 有 ・ 無										
【来所者】 本人 ・ 夫 ・ パートナー ・ 実母 ・ 子ども ・ その他()												
【出産応援ギフト申請】 有 ・ 無 (希望なしで申請書記入する)	【妊娠中の体重増加の目安】											
【備考】	体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) = BMI	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>BMI</th> <th>体重増加の目安</th> </tr> <tr> <td>18.5未満</td> <td>12~15kg</td> </tr> <tr> <td>18.5以上 25未満</td> <td>10~13kg</td> </tr> <tr> <td>25以上 30未満</td> <td>7~10kg</td> </tr> <tr> <td>30以上</td> <td>病院と相談</td> </tr> </table>	BMI	体重増加の目安	18.5未満	12~15kg	18.5以上 25未満	10~13kg	25以上 30未満	7~10kg	30以上	病院と相談
	BMI	体重増加の目安										
	18.5未満	12~15kg										
	18.5以上 25未満	10~13kg										
25以上 30未満	7~10kg											
30以上	病院と相談											

