

妊 娠 届 出 書

地区

世帯番号

以下の太枠内をすべてご記入ください。

個人番号※ (妊婦本人)														
妊婦氏名														
生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)													
居住地	〒 朝日町大字										世帯主 氏名			
自身の職業 (勤務先)						連絡先 電話番号								
夫氏名						夫職業 (勤務先)								
夫生年月日	昭和・平成 年 月 日													
出産予定日	令和 年 月 日					現在の 妊娠週数			妊娠満 週					
医師による 診断 の有無	・ 受けた 医療機関名： 担当医師名： ・ 受けていない													
上記のとおり届出いたします。 年 月 日 妊婦氏名： _____														
朝日町長 殿														
※代理人が申請する場合は必ず以下を記入してください。 委任状 年 月 日 委任者氏名(妊婦本人) _____ ㊞ (署名または記名押印) 私は、妊娠の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。 受任者氏名 _____ 受任者生年月日 _____ 年 月 日 妊婦との続柄 _____ 受任者住所 _____														

※妊婦の個人番号は、母子保健法施行規則にもとづき収集・管理を行い、母子保健法による妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦訪問指導等に関する事務で使用します。この個人番号は、番号法の規定により、適切に管理し、目的以外では使用しません。