

申請日

年

月

日

(母子健康手帳 NO.)

妊婦：個人番号（マイナンバー）

鏡 野 町 長 殿

母子健康手帳及び妊婦健康診査受診券等を交付されたく、妊娠中であることを証明する書類を届出し申請します。
私は、私と家族が母子保健福祉サービスを利用するうえで、鏡野町が下記を行うことに同意します。

○ 記載事項を確認するため、住民基本台帳等を閲覧すること。

○ 記録カード（乳幼児保健カード）を作成すること。

○ 妊娠・出産・子育てに関する事業の通知をすること。

○ 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のため、関係機関への情報提供が必要と判断する時私と家族の情報を関係機関と共有すること。

○ 本申請書に記載する個人番号について住民基本台帳または住民基本台帳ネットワーク等で検索し担当職員が記載または確認すること。

妊婦署名：

【町確認欄】
※ 本人確認

☐ 個人番号（カード・通知カード）
☐ 免許証・その他（ ）

妊婦氏名	ふりがな	生年月日 (年齢)	昭和・平成	職 業（会社名）	健康保険
			年 月 日（ 歳）	（ ）	国保 社保（家）
夫 パートナ 氏名	ふりがな	生年月日 (年齢)	昭和・平成	職 業（会社名）	健康保険
			年 月 日（ 歳）	（ ）	国保 社保（家）
婚姻状況	既婚 ・ 未婚 （今後の入籍予定： あり ・ なし ）				
住 所 (マンション・ アパート名も 記入ください。)	鏡野町 (建物名)				
	※居住地が上記住所と異なる場合、 下 ご記入ください。				
電話番号	妊 婦 携 帯 ： （ ） -		その他の連絡先		
	夫/パートナ携帯： （ ） -				
妊娠週数 (届出時)	満 週	今回が 人目	出産予定日	年 月 日	
	※妊娠週数が12週以降の方に おたずねします。 ・妊娠週数が今日になった理由は…		☐ 体調が悪かった ☐ 時間がなかった ☐ 妊娠に気づいていなかった	☐ 届出方法がわからなかった ☐ 忘れていた ☐ その他：	
妊娠の診断を 受けた施設	医療機関名： (医師名)		出産予定 施設	☐ 左記と同じ医療機関 ☐ 別の施設()	
今回の妊娠に伴い性病に関する 健康診断を受けましたか	受けた ・ 受けていない		1年以内に結核に関する健康診断を 受けましたか（胸部X線等）		受けた ・ 受けていない

【妊娠届け出時アンケート】 このアンケートは、お母さんと赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。

以下の項目に、差し支えない範囲でお答えください。

※ご記入いただいた内容につきましては、個人情報として取り扱い、適切に管理いたします。

①	現在の体調（症状など）は いかがですか	よい	ふつう	不調 (〇を)	・吐き気	・出血	・お腹の張り	・その他
	身長・体重をお尋ねします	身長（ c m） ・ 普段の体重（ kg）						

※ 裏面のアンケートへの記入もお願いします。 ➡➡➡