

様式第1号(第5条関係)

母子健康手帳番号()



妊娠届出書 (母子健康手帳及び妊産婦健康診査受診票交付申請書)

宛先 東みよし町長		届出日 令和 年 月 日	
届出者氏名			
母の個人番号			
ふりがな		昭和・平成 年 月 日 ()歳	職業
母の氏名	旧姓()		
ふりがな		昭和・平成 年 月 日 ()歳	
父の氏名	旧姓()		
住所	東みよし町	電話番号	自宅
			携帯
分娩予定日	令和 年 月 日	受診医療機関及び医師又は助産師の氏名	医療機関名
妊娠週数	週()か月)		医師氏名
			助産師氏名
妊娠回数	今回含め 回	分娩経験	無・有()回

※ 該当者(妊婦)の個人番号を照会することに同意します。 同意者名 または印

《個人情報の取り扱いについて》
「個人情報保護に関する法律」に基づき、皆様の個人情報の取り扱いについては、統計処理及び本事業以外の目的では使用しません。

健康づくり課使用欄

番号確認	番号カード	通知カード	照会			
本人確認	番号カード	運転免許証	パスポート	写真入手帳	その他2点	