

ダウンロード版

様式第1号

| | | | | | | | |
|--|------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|------------|--|
| 母子健康手帳交付 No. | | 妊娠届出 兼 妊産婦健康診査等受診券受取書 | | | | | |
| ふりがな 妊婦氏名 | | 職業 | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 ()歳 | | |
| 居住地 (住民票登録地) | 大阪府交野市 | | | TEL | 自宅 携帯 | — — — — | |
| 出産予定日 妊娠月数(週数) | 年 月 日 ヶ月(満 週) | | 妊娠の診断を受けた病院名 または医師・助産師名 | | | | |
| マイナンバー | | | | 性病に関する健康診断の有無 | 受けた・受けていない・不明 | | |
| | | | | 結核に関する健康診断の有無 | 受けた・受けていない・不明 | | |
| 上記のとおり届出し、母子手帳別冊「ママとベビーの健康手帳」を受取りました。 年 月 日 ()曜日 | | | | | 担当者確認欄 | | |
| | | | | | 妊産婦健康診査受診券(歯科含む) | | |
| 大阪府交野市長 様 | | 署名: _____ (続柄: _____) | | ※代理人(妊婦本人以外)の場合、続柄もご記入ください | | | |

<記入上の注意>

1. 太線の中をご記入の上、交野市長に提出して、母子健康手帳と妊産婦健康診査等受診券の交付を受けてください。
2. 妊娠届出時における妊娠証明の添付は不要です。
3. 教室の案内や体調の確認等のため、健康増進課よりご連絡させていただく場合があります。
4. 上記の届出にあたり、必要時マイナンバーを確認することに同意の上、ご記入ください。マイナンバーは健康診査や訪問指導、保健指導、低体重児の届出に利用します。

<職員記入欄>

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 1. 住民確認 | <input type="checkbox"/> 済 | | | | | |
| 2. 番号確認 | <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 3. 本人確認 | <input type="checkbox"/> 本人 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 代理人 | | ①委任状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ②本人確認書類のコピー <input type="checkbox"/> 済 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 未確認 | | | | | |
| | 1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 市役所からの発行書類 <input type="checkbox"/> 郵便物など2点 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |