

低 体 重 児 出 生 届

児 童	ふ 氏 り が な 名		個人 番号	
	現 在 地	〒 (電話)		
	出 生 場 所 (医 療 機 関 名)	(電話)		
	出 生 日 時	年 月 日	午前 午後	時 分
	在 胎 週 数 (妊 娠 期 間)	週 日	第	子, 単胎／多胎 (胎)
	出生時の体重・身長	グラム センチ		
産 婦	ふりがな 氏 名 及 び 年 齢	() 歳	個人 番号	
	住 所 地 (住 民 票 所 在 地)	〒		
	居 住 地 (住所地と異なる場合)			
	連 絡 可 能 な 電 話 番 号			
参 考 事 項	(お子さんの様子や心配なこと、相談したいことなどを記入して下さい。)			
母子保健法第 1 8 条の規定に基づき、低体重児の出生を届け出ます。 年 月 日 届 出 者 住 所 電 話 番 号 氏 名 児 童 と の 関 係 越前市長 殿				

記載上の注意

- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している滞在先を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

備考

- ・低体重児とは、出生時の体重が 2, 500g 未満の乳児をいいます。