

# 妊娠届出書(転入者用)妊婦健康診査受診券のみ発行

転入年月日：令和 年 月 日

妊婦	住所	〒915- 福井県越前市 日中の連絡先(携帯可) TEL _____									
	ふりがな氏名	(今後入籍の方 新しい姓： _____ )							整理番号(右づめ)		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (出産予定日に _____ 歳)									
	職業	1.会社員 2.公務員 3.農林漁業 4.自営業 5.パート 6.アルバイト 7.主婦 8.その他( _____ )									
	勤務先名	_____									
出産予定日	令和 年 月 日										
今回の妊娠	第 子目					世帯の中で 第 子目					
妊娠週数	現在(第 週)										
双子の有無	1. なし 2. あり										
診断を受けた医療機関名	_____										
妊娠してからの健康診断	(性病検査) 1.受けた 2.受けていない (結核検査) 1.受けた 2.受けていない										
出産応援ギフト	転入前自治体から支給を 1.受けている(又は申請中) 2.受けていない										
個人番号についての同意	<p>母子保健法施行規則の改正に伴い、妊娠届出書に個人番号(マイナンバー)の記入と本人確認が必要になりました。妊婦の個人番号は、母子保健法による妊娠の届出、母子手帳の交付、健康診査などに関する事務でのみ使用します。</p> <p>個人番号 _____</p> <p>◆個人番号を確認できる書類がない場合 個人番号取得に 同意する ・ 同意しない</p>										
<p>上記のとおり届出いたします。また、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要な場合には、市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報(妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等)について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。</p> <p>越前市長 殿</p> <p>令和 年 月 日 署名 _____</p>											

※届出の時点で不明な為記入できない項目(例えば予定日など)については後日健康増進課から連絡が入ることがあります。

交付年月	R _____	出産応援ギフト	面談：未・済 申請書：未・済	対応者	_____
------	---------	---------	----------------	-----	-------

マイナンバー確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 確認できず→ <input type="checkbox"/> 照会同意得る 本人確認 写真あり(1点) <input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 運転免許書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ( _____ ) (2点) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票写し <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> ( _____ ) 確認者( _____ )									
------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

