交付番号

妊娠届出書（兼母子健康手帳交付願）

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
個人番号についての同意		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。 個人番号 □□□□□□□□□□□□ ◆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**

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となる場合には、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。

越前市長　殿

令和　　年　　月　　日署　名＿＿＿＿＿＿＿＿

※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。

処理欄	31，32，33，34，35，36，37，38，39，40 41，42，43，44，45，46，47，48，49，50 51，52，53，54，58（１，２）

交付年月日	R	妊婦のための支援給付	申請書：未・済

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