

妊 娠 届 出 書

※太枠内及び太線をご記入ください。(できる限り妊婦本人がご記入ください)

事務処理欄										
妊婦	個人番号						個人番号通知カード <input type="checkbox"/>			
	フリガナ						個人番号カード <input type="checkbox"/>			
	氏名						その他() <input type="checkbox"/>			
	住所	城里町 (世帯主)								
	電話番号	自宅: - -				職業				
		携帯: - -								
	妊娠週数	週	妊娠回数	回目の妊娠	出産回数	これまで	回出産した			
	医療機関	出産予定日		令和	年	月	日 (第 子)			
夫	フリガナ						S・H	年	月	日
	氏名						生年月日		(満	歳)
	住所									
	電話番号	携帯: - -				職業				

※1<<個人番号の利用目的について>>妊婦の個人番号は、母子保健法施行規則にもとづき収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児の訪問指導、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導に関する事務で使用します。この個人番号は、当該事務において必要がなくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合は速やかに破棄します。

上記のとおり届け出ます。なお、母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳等の情報について、町長が調査、取得、利用することについて同意します。

また、「個人情報保護法」に基づき、個人情報は保護されます。ただし、母子の健康を守るため、必要時は「子ども・子育て支援法」及び「母子保健法」に基づき、関係機関等と情報を共有させていただくことがあります。ご了承下さい。

令和 年 月 日

城里町長 様

届出人署名

(続柄) 印

※代理人が申請する場合は必ず以下を記入してください。

委 任 状 (※妊婦本人が記入してください)

令和 年 月 日

委任者(妊婦本人) 住所:

氏名:

印

私は、次の者を代理人と定め、妊娠の届出および母子手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受理者(代理人) 住所:

氏名:

(続柄)