

届出者氏名

妊婦本人・夫・母・父・その他(妊婦との続柄)

20 年 月 日

記入例

数字記入例

該当欄にレ点をつけてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

*フリガナの濁点は1マスに、姓と名は1マスあけて記入してください

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|----|----|----|--|--|----|----|----|--|
| 居住地 (住民票のある住所) | 八千代市 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | 八千代市 居住年数 | 年 月 日 | | | | |
| 妊婦氏名 | | | | | | 妊婦職業 | | | | | |
| 妊婦 電話番号 | | | | | | 健康保険の種類 | 国保・社保・共済・その他() | | | | |
| 配偶者(パートナー) 電話番号 | | | | | | 出産経験 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 妊婦 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (西暦 年) (歳) | | | | | 妊婦週数 | 現在 満 週 | | | | |
| 分娩予定日 | 20 年 月 日 | | | | | おなかの中の 子の数 | <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> 三つ子以上 | | | | |
| 医療機関名 | ※妊娠の判定及び保健指導を受けた医療機関名をご記入ください。 施設名： 所在地： | | | | | | | | | | |
| 家族構成 (妊婦の方 からみた続 柄を記入) | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 続柄 | 職業 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 続柄 | 職業 | |
| <p><以下の質問にお答えください>当てはまる項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。</p> <p>・今までに医療機関に定期的に通院した ことのある病気はありますか。 (現在治療中も含む・複数回答可) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 精神疾患() <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>・妊娠がわかった時どう感じましたか。 <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> まあまあうれしい <input type="checkbox"/> あまりうれしくない <input type="checkbox"/> うれしくない</p> <p>・妊娠に対して不安やとまどいはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不安やとまどいが大きい</p> <p>・健診や出産費用が用意できないなど 経済的に困っていることがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ある 具体的に 健診、出産費用・産後の費用・その他()</p> <p>・家族や生活面で心配はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 具体的に 家族との関係・家族の健康面・仕事との両立・その他()</p> <p>・近くに子育ての相談者・協力者はいますか。 (複数回答可) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 自分の両親 <input type="checkbox"/> 夫の両親 <input type="checkbox"/> 姉妹兄弟 <input type="checkbox"/> 友人・知人</p> <p>・たばこを吸っていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠したのでやめた <input type="checkbox"/> はい</p> <p>・同居者でたばこを吸っている方はいますか。 (複数回答可) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 姉妹兄弟 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>・飲酒(日本酒、ビール、ワイン、焼酎、その 他アルコール)しますか。 <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 妊娠してからは飲まない <input type="checkbox"/> 前から飲まない</p> <p>・子どもが無戸籍になる可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> | | | | | | | | | | | |
| 離婚後300日以内に子を出産する方で出産までに現パートナーと婚姻しない場合、その子は民法上元夫の子と推定され、原則元夫を父とする出生の届出しか受理されず、戸籍上も元夫の子として扱われます。それを避けるため出生の届出をしなければ、子は無戸籍となります。 | | | | | | 交付番号 | | | | | |
| その他相談したいことなどありましたらご記入ください。 | | | | | | 外国語版 | <input type="checkbox"/> 交付()語 | | | | |
| | | | | | | 双子用 | <input type="checkbox"/> 交付 | | | | |
| | | | | | | 受付サイン | <input type="checkbox"/> F | | | | |
| 備考 | | | | | | 交付場所 | | | | | |
| | | | | | | 処理コード | | | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 妊娠期から乳幼児期の保健福祉サービス等について、子ども支援センターすてっぷ21・地域子育て支援センター、母子保健課よりご連絡させていただくことがあります。 | | | | | |

妊娠届出時に個人番号（マイナンバー）確認と身元確認が必要です

収集した個人番号については以下の利用目的でのみ使用し、厳正に管理いたします。



個人番号の利用目的

- ・母子保健法による妊娠の届出、母子健康手帳交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出に関する事務
- ・災害対策基本法による被災者台帳作成に関する事務

妊婦の氏名と個人番号を以下にご記入ください

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏名 | | 個人番号 (12桁) | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

これより下は、市事務処理欄です。記入しないでください。

| | |
|----------------------|---|
| 八千代市民である確認に用いた書類 | 運転免許証・個人番号カード・外国籍の場合は在留カード・その他() |
| 委任状の確認※妊婦以外が届け出た場合のみ | <input type="checkbox"/> 委任状受け取り 代理人の身元確認→ 運転免許証・健康保険証・その他() |

以下は個人番号の記入があった場合に確認

| | | | | | | | |
|--------------------|---|--------------------|--|-------------------|---|-----------------|------------------------------------|
| | 届出人が「妊婦本人」の場合 | | | | | | |
| | <table border="0"><tr><td>1 個人番号確認</td><td>→ 個人番号カード または 通知カード または 個人番号が記載された住民票の写し</td></tr><tr><td>2 身元確認</td><td>→ (1点で可)個人番号カード または 運転免許証 または パスポート (2点で可)健康保険証 と 年金手帳</td></tr></table> | 1 個人番号確認 | → 個人番号カード または 通知カード または 個人番号が記載された住民票の写し | 2 身元確認 | → (1点で可)個人番号カード または 運転免許証 または パスポート (2点で可)健康保険証 と 年金手帳 | | |
| 1 個人番号確認 | → 個人番号カード または 通知カード または 個人番号が記載された住民票の写し | | | | | | |
| 2 身元確認 | → (1点で可)個人番号カード または 運転免許証 または パスポート (2点で可)健康保険証 と 年金手帳 | | | | | | |
| | 届出人が「代理人」の場合→【夫・母・父・その他（妊婦との関係）】 | | | | | | |
| | <table border="0"><tr><td>1 妊婦の個人番号確認</td><td>→ 妊婦の個人番号カード または 妊婦の通知カード または 個人番号が記載された住民票の写し</td></tr><tr><td>2 代理人の身元確認</td><td>→ (1点で可) 代理人の個人番号カード または 運転免許証 または パスポート (2点で可) 代理人の健康保険証 と 年金手帳</td></tr><tr><td>3 代理権の確認</td><td>→ 委任状 または 妊婦が18歳未満で親権者が代理人の場合は戸籍謄本</td></tr></table> | 1 妊婦の個人番号確認 | → 妊婦の個人番号カード または 妊婦の通知カード または 個人番号が記載された住民票の写し | 2 代理人の身元確認 | → (1点で可) 代理人の個人番号カード または 運転免許証 または パスポート (2点で可) 代理人の健康保険証 と 年金手帳 | 3 代理権の確認 | → 委任状 または 妊婦が18歳未満で親権者が代理人の場合は戸籍謄本 |
| 1 妊婦の個人番号確認 | → 妊婦の個人番号カード または 妊婦の通知カード または 個人番号が記載された住民票の写し | | | | | | |
| 2 代理人の身元確認 | → (1点で可) 代理人の個人番号カード または 運転免許証 または パスポート (2点で可) 代理人の健康保険証 と 年金手帳 | | | | | | |
| 3 代理権の確認 | → 委任状 または 妊婦が18歳未満で親権者が代理人の場合は戸籍謄本 | | | | | | |