

猪苗代町妊娠届

個人番号					-					-				
------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

ふりがな			生年月日	S・H 年 月 日 (歳)		
妊婦氏名	①既婚 ②入籍予定(あり・なし・未定)		会社名 (職業)	所在地()		
ふりがな			生年月日	S・H 年 月 日 (歳)		
子の父親 氏名			会社名 (職業)	所在地()		
現住所	猪苗代町					
	今後転出する予定はありますか？ なし・あり (転出先)					
連絡先	日中連絡可能な電話番号 ()					
同居家族	()人 ※ご本人も含む	同居している方全員に○をつけてください。 夫・パートナー・子ども()人 実父・実母・義父・義母・祖父・祖母・その他()				
妊娠の診断を 受けた施設			出産予定 の施設			里帰り出産 なし・あり・未定 里帰り先()
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	週	最終月経日	令和 年 月 日	
妊娠出産に ついて	妊娠回数()回目 ⇒ 流産(回) 中絶(回) 出産回数()回目 ⇒ 早産 ※37週未満 (回) 死産(回)					
加入保険(手続き中も含む)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険または共済保険(本人・扶養) <input type="checkbox"/> その他()					

上記のとおり妊娠届出をいたします。
なお、必要に応じて妊娠届出書・アンケート及びセルフプランの内容について、出産・育児支援の
ために町、医療機関、子育て支援関係機関などが、情報を共有し使用することに同意します。

令和 年 月 日 妊婦氏名 _____
(代理者名) (続柄)

※個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法を遵守し適正に取り扱います。

保健福祉課記入欄

交付番号	
交付日	
面談者	
行政区	

確認欄

<input type="checkbox"/> 母子健康手帳
<input type="checkbox"/> 母と子のしおり (双胎の場合 聴覚検査・はがき2部交付)
<input type="checkbox"/> セルフプラン (1部コピー 原本を本人に交付)
<input type="checkbox"/> ガイドブッケー式 <input type="checkbox"/> 副読本一式 (不織布バック)
<input type="checkbox"/> 出産応援ギフト申請書 <input type="checkbox"/> 通帳等のコピー
<input type="checkbox"/> ファミタンカード (社会福祉係)