

# 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(双子の場合 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)