

※ 太枠内を全てご記入ください。

ご自身でご記入いただけますので、医療機関へ記入を依頼する必要はありません。

☐	個人番号 (マイナンバー)		受付	
			宛名番号	

妊 娠 届 出 書

☐ 下記のとおり届出をするにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。
(届出先) 茨木市長

☐	下記のとおり届出をするにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。 (届出先) 茨木市長				届出日	令和 年 月 日
☐	妊婦氏名	フリガナ _____	職業 _____ _____ _____ 99. その他(_____)	1. 主婦 2. パート・アルバイト 3. 派遣・契約社員 4. 常勤(正社員) 5. 無職 6. 学生		
☐	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 () 歳		連絡先	携帯	- -
				自宅	- -	
☐	現住所	茨木市				
☐ ☐	出産予定日	令和 年 月 日 (現在妊娠： 週 日) 単胎・多胎 ()				
		妊娠の診断を受けた医療機関名 医師・助産師の氏名				
妊娠について		初めて ・ ()回目	出産について		初めて ・ ()回目	
1年以内に受けた検査 ※ ☒ をしてください		☐ 性病(血液検査)・ ☐ 結核に関する健康診断 (ツベルクリン反応、胸部レントゲン)				
☐	届出者 ※ ☒ をして ください	☐ 本人・ ☐ 代理人 (氏名： _____ 続柄：夫・パートナー・実母・義母・他 ())				

妊婦のための支援給付認定に関する事項

該当項目に ☒ をして ください	☐ 医療機関において胎児の心拍を確認しています。
	☐ これをもって、妊婦のための支援給付を受ける資格を有することについての認定を申請します。

(個人番号は、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。)

個人番号確認書類等をお持ちでない場合は、☒を付けてください。

茨木市長が個人番号の閲覧、記載等を行うことに ☐ 同意します。

職員記入欄	妊婦健康診査受診券交付枚数（ ）枚 外国語版（ 英語 ・ 語 ） 面談者（ ） 交付時相談 あり・なし	受付印
-------	---	-----