

厚木市妊婦健康診査費用補助券等級発行届出書

※太枠内を記入してください。

母子健康手帳番号				届出年月日	令和 年 月 日		
妊婦	氏名	フリガナ		国籍	日本・外国籍 ( )		
	生年月日	昭和 年 月 日	平成 ( 歳)	職業			
	住所	厚木市		電話番号	(日中連絡可能な連絡先) ( ) -		
パートナー又は	氏名	フリガナ		国籍	日本・外国籍 ( )		
	生年月日	昭和 年 月 日	平成 ( 歳)	職業			
	住所	□同上		電話番号	(日中連絡可能な連絡先) ( ) -		
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	妊娠 週 (第 か月)				
受診医療機関名							
出産予定医療機関名							
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない		1年以内の胸部レントゲン検査の有無	受けた ・ 受けていない			
里帰り出産をする予定はありますか。	1 ない	2 ある ( 都道府県名 : )	3 未定	市区町村名 : ( )			
妊娠期間中に転出をする予定はありますか。	1 ない	2 ある (令和 年 月予定)	3 未定				
<p>上記のとおり、届け出ます。 母子健康手帳及び妊婦健康診査費用補助券の交付を受けるに当たり、厚木市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認すること、及び本人が属する世帯構成員の市町村住民税課税状況について調査することを承諾します。 また、厚木市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、本届出書及び妊娠届出時のアンケートの情報を利用することに同意します。</p> <p>厚木市長 あて</p> <p>妊婦氏名 _____</p> <p>(代理人) 氏名 _____ 続柄 ( )</p> <p>住所 _____</p> <p>電話番号 _____</p>							

※厚木市では、あなたの出産や子育てを妊娠中から支援します。  
妊娠中や出産後に、保健師や助産師がお電話又は訪問させていただく場合がありますので、御承知おきください。

事務処理欄									
【届出人の身分を証明するもの】									
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )									
身分証明書確認者: ( )									
【発行補助券】	妊婦健康診査費用補助券	医療機関専用①	医療機関専用②	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	産婦健康診査費用補助券1回目
		8回目	9回目	10回目	11回目	12回目	13回目	14回目	産婦健康診査費用補助券2回目
		【多胎】	15回目	16回目	17回目	18回目	19回目	妊婦歯科健康診査受診票	新生児聴覚検査費用補助券
住基確認	済 <input type="checkbox"/>			使用できません	済 <input type="checkbox"/>			補助券確認者: ( )	