

記入例（本人が届出をする場合）

※妊婦の個人番号を必ず記載してください。

1	2	3	4	5					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

妊 娠 届 出

個人番号通知カード等でご自身(妊婦)の番号を確認し、記入してください。また、届け時に番号の確認を行いますので、当日通知カード等番号がわかるものをご持参ください。

※太枠内を記入してください。

《個人番号利用の目的》  
本届出による個人番号は、母子保健法施行規則に基づき収集管理を行い、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、妊産婦の訪問指導等の母子保健法に基づく事業において使用します。

※ 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、市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。

母子健康手帳番号		届出年月日		令和 3 年 4 月 1 日	
妊 婦	氏 名	フリガナ アツギ ハナコ 厚木 花子		国 籍	日本・外国籍 ( )
	生年月日	昭和 平成 3 年 1 月 23 日 ( 29 歳)		職 業	主婦
	住 所	厚木市 中町1-4-1		電話番号	(日中連絡可能な連絡先) ( 090 ) 1234 - 5678
パ ー ト 又 は ナ ー	氏 名	フリガナ アツギ タロウ 厚木 太郎		国 籍	日本・外国籍 ( )
	生年月日	昭和 平成 63 年 4 月 1 日 ( 33 歳)		職 業	会社員
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上		電話番号	(日中連絡可能な連絡先) ( 080 ) 1234 - 5678
出産予定日	令和 3 年 11 月 11 日		妊娠週数	妊娠 8 週 (第 3 か月)	
妊娠の診断を受けた医療機関名、医師名	医療機関名		〇〇 クリニック (医師名 〇〇 先生 )		
出産予定医療機関名	〇〇 病院				
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 : 〇〇県 3 未定		市区町村名 : 〇〇市 )		
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
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。  厚 木 市 長 あて <div style="text-align: right;">妊婦自署 厚木 花子</div>					

妊婦本人以外の方が申請に来られる場合には、委任状が必要です。次の委任状を必ず妊婦本人が御記入ください。  
パソコン等で作成する場合も、本人の住所・氏名は委任者(妊婦本人)が必ず自筆で記入をお願いいたします。

**委 任 状**

令和 年 月 日

委任者(妊婦本人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の提供を伴う妊娠の届出及び母子健康手帳の受領等に関する一切の事務を委任します。

受任者(代理人・窓口に来る方) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 委任者との関係 ( )

X 不要

<b>事務処理欄</b>	
【妊婦の個人番号及び届出本人確認を同時にできる書類】	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
【妊婦の個人番号確認】	【届出本人を確認する書類】
<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード	顔写真付の公的な証明書(1点)
<input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号記載有)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書(個人番号記載有)	顔写真付でない公的な証明書(2点)
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )
確認者: ( )	