

受診券交付 No. ()	妊婦健康診査受診券発行願			
妊婦氏名 <small>にんぶしめい</small>	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	職業
夫(パートナー) 氏名 <small>しめい</small>	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	職業
入籍の有無	入籍済み ・ 入籍予定あり ・ 入籍予定なし ・ 未定			
住 所	豊能町	電話 番号		
健康保険	妊婦 [国民健康保険、社会保険、その他 ()] 夫(パートナー) [国民健康保険、社会保険、その他 ()]			
妊娠の診断を 受けた医療機関	(医師・助産師名)		出産予定の 医療機関	
妊 娠 週 数	週 (か月) 単胎 ・ 多胎 (人)			
出 産 予 定 日	年 月 日			
性病に関する健康診断を受けましたか	受けた ・ 受けていない			
1年以内に結核に関する健康診断を受けましたか	受けた ・ 受けていない			
上記のとおり届出します。 年 月 日 豊能町長 様 届出者氏名 妊婦との続柄 ()				

※裏面のアンケートも記入ください。

届出時、下記をご提示ください。

本人確認書類 顔写真入りのものは1点(例:マイナンバーカード、免許書、パスポート等)
顔写真なしのものは2点(例:健康保険証、年金手帳、キャッシュカード等)

母子健康手帳

妊婦健康診査受診券

代理人の届出時は上記に加え、

委任状

代理人の本人確認書類(顔写真入りのものは1点、顔写真なしのものは2点)

担 当 者 確 認 欄	・ 本人確認書類確認	未 ・ 済	
	・ 住基確認	未 ・ 済	
	・ 母子健康手帳コピー (表紙、妊婦健診結果)	未 ・ 済	10,000円 () 枚
	・ 転入前妊婦健診受診券の回収	未 ・ 済	2,000円 () 枚
	・ 妊婦健診受診券の発行	未 ・ 済	受診券 () 枚・補助券 1,000円 () 枚
	・ アンケートの記入	未 ・ 済	
	・ 出産応援交付金申請の有無(転入前)	有 ・ 無	年 月 日 受付者 ()

(備考)

