

交付 No. ()	妊 娠 届 出 書									
ふりがな			生 年 月 日		職業					
妊婦氏名			年 月 日(歳)							
			妊 婦 本 人 の 個 人 番 号							
ふりがな			生 年 月 日		職業					
夫(パートナー) 氏名			年 月 日(歳)							
住所	豊能町				電話	自宅 () 携帯 ()				
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()]									
妊娠週数	週(力月)		出 産 予 定 日		年 月 日					
妊娠の診断を 受けた医療機関			出産予定医療機関							
これまでの出産歴	有(回) ・ 無		これまでの妊娠歴		有(回) ・ 無					
性病に関する 健康診断の有無	受けた ・ 受けていない		結核に関する 健康診断の有無		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 続柄()										

届出時、下記をご持参ください。

- ☐ 妊娠届出書
- ☐ 個人番号のわかるもの
例：個人番号（マイナンバー）カード、通知カード、個人番号記載の住民票等
- ☐ 本人確認書類 顔写真入りのものは 1 点（例：個人番号カード、運転免許証、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）

代理人の届出時は上記に加え、下記が必要です。

- ☐ 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）

町記入欄			
☐ 本人確認書類	未 ・ 済	☐ 給付金の申請	未 ・ 済
☐ 妊婦健診受診券	未 ・ 済	☐ アンケートの記入	未 ・ 済
受付 年 月 日 ()			

（備考）

なお、ご記入いただいた内容について、育児相談やその他の母子保健業務に使用させていただき、保健師が訪問や電話をさせていただくことがございます。

[illegible]