

## 妊 娠 届 出 書

下記のとおり届出をいたします。

届出年月日 令和 年 月 日

会津美里町長

届出者 (本人との続柄 )

ふりがな		生年月日	年 齡	職 業
妊婦氏名		S H 年 月 日	歳	個人番号
ふりがな		生年月日	年 齡	職 業
夫 氏 名 (パートナー)		S H 年 月 日	歳	
婚姻形態	既婚・入籍予定あり( 年 月頃) ・ 入籍未定・その他( )			
住 所	会津美里町		電 話 携帯電話	( ) - -
	町外転出予定	なし・あり( 年 月頃、転出先: )		
医師又は助産師 の診断又は保健 指導を受けた時 はその氏名	初診年月日	年 月 日	妊娠週数	満 週 ( か月) 第 子
	分娩予定日	年 月 日	性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない
	特 記 事 項	単胎・多胎 ( 胎)	結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない
	健診/出産 医療機関	病院・産院 クリニック 出産する医療機関は上記医療機関と同じですか。 はい・いいえ(医療機関 )・未定		健康保険 の種別 社保 ・ 国保 その他

\*妊娠中は、気がかりなことがなくても、身体にはいろいろな変化が起こっています。きちんと妊婦健康診査を受けましょう。

## &lt;確認欄&gt;

会津美里町では、母子ともに健やかに安心して過ごしていただけるように、サポートが必要な方に早期から支援していきたいと考えています。そのため、本届出書や健診等で記載いただいた内容は、当支援の目的の範囲内において関係機関や医療機関と情報を共有させていただくことに同意していただけますか。

はい ・ いいえ

※ 後日、家庭訪問のため保健師や子ども家庭支援員がお電話させていただきます。

会津美里町の住民であることの確認 

確認職員氏名

\*「マタニティ応援プラン」の写しを添付