様式第１号（第２条関係）

**妊　娠　届　出　書**

市町村５年間保管

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  | | | | ＊母子健康手帳交付番号　第　　　　　　　　号 | | |
| フリガナ |  | | | | 世帯主氏名 |  | |
| 妊婦氏名 |  | | | |
| 夫の氏名 |  | |
| 年　　齢  (生年月日) | 歳  （ 年 月 日） | | 職業 |  | ＊＊国 籍 | |  |
| 居 住 地 | 電話番号　　　　　－ | | | | 妊　娠　週　数  ( 妊 娠 月 数 ) | | 第　　　　　　週  (第　　　　　 月) |
| 分 娩 予 定 日 | | 令和 　年　 月　 日 |
| 今回の妊娠で**性病**に関する健康診断の有無 | | | | | 受けた ・ 受けない | | |
| 今回の妊娠で**結核**に関する健康診断の有無 | | | | | 受けた ・ 受けない | | |
| 診断又は保健指導を受けたときは  その医師・助産師氏名 | | 医療機関等の名称 | | |  | | |
| 医師・助産師氏名 | | |  | | |
| 妊　　娠　　回　　数 | | | | | 初回　・　その他（　　　　　 回） | | |
| 上記届出いたします。  上　里　町　長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  妊婦氏名 | | | | | | | |
| **妊婦支援給付金の支給について**  妊婦支援給付金（１回目）の支給（５万円）を  　　□　希望します。    □　他の市町村で、１回目の支給（５万円）を受けていません。  　※　妊婦支援給付金の支給状況などについて、他の市町村に確認することがあります。  □　希望しません。 | | | | | | | |

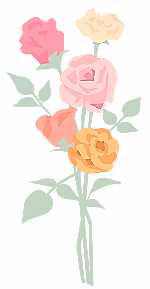
＊印は市町村長が記入すること。＊＊印は外国人のみ記入すること。

役場事務処理欄(本人確認)

* 個人番号確認
* 身元確認

　①【1点確認・顔写真あり】マイナンバーカード等

　②【2点確認・顔写真なし】保険証、年金手帳、官公署が発行した身分証明書等



**妊娠届出書の提出について**

【場所】上里町保健センター(☎0495-33-2550)

【受付時間】8：30～16：00

※平日のみ

【面談時間】40分～1時間程度

【持ち物】妊娠届出書　・　マイナンバーカード等本人確認書類

妊婦本人名義の口座番号がわかる物(通帳やキャッシュカード等)

代理人が届け出る場合は、必ず以下の「委任状」を記入してください。

**委任状(※妊婦本人が記入してください。)**年　　月　　日

委任者(本人)　 住所：

　　　　　　 氏名：

私は、妊娠の届出及び母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者(代理人)　 住所：

　　　　　　　 氏名：

※受任者(代理人)の身元確認書類が必要となります。