

妊婦本人の個人番号(*必ず記入してください)									

健康センター事務処理欄①	
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> その他( )

《個人番号の利用目的について》妊婦の個人番号は、母子保健法施行規則にもとづき収集・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、低体重児の届出に関する事務で使用します。この個人番号は当該事務において必要なくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合は速やかに破棄します。

母子手帳番号 NO.

<b>妊 娠 届</b>					
妊婦氏名	生年月日	S H	年 月 日 ( 歳)	職業	
夫の氏名	生年月日	S H	年 月 日 ( 歳)	職業	
住 所	東諸県郡綾町大字			電話	
				地区	
妊娠月数	週 ( か月)	分娩予定日		妊娠回数	初回
		平成 年 月 日			回
診断、保健指導を受けた 病院または産院名					
健康診断	性病	受けた( 年 月 日ごろ) 受けていない			
	結核	受けた( 年 月 日ごろ) 受けていない			
上記のとおりお届けします。なお、母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳等の情報について、町長が調査、取得、利用することについて同意します。					
綾 町 長 殿			年 月 日		
				届出者氏名	(印)
				(妊婦との続柄)	
*届出者氏名記入が本人の場合には押印は不要					

健康センター事務処理欄②(届出人確認)
【届出人】 <input type="checkbox"/> 妊婦本人 ・ <input type="checkbox"/> 代理人(夫・パートナー・父・母のみ)
【本人確認書類】
<1点で可> <input type="checkbox"/> 個人番号カード ・ <input type="checkbox"/> 運転免許証 ・ <input type="checkbox"/> パスポート
<2点以上> <input type="checkbox"/> 保険証 ・ <input type="checkbox"/> 年金手帳 ・ <input type="checkbox"/> その他( )

裏面へ

\* 代理人(夫・パートナー・又はどちらかの父母のみ)が申請する場合は必ず以下を記入してください

## 委任状 (\*必ず妊婦本人が記入してください)

年 月 日

委任者(妊婦本人) 住所

氏名

印

私は、妊娠の届出および母子健康手帳、妊婦乳幼児一般健康診査受診票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

綾町健康増進係