

## 令和6年度 妊娠届出書

太枠内のみ記入してください。

フリガナ				世帯主氏名									
妊婦氏名				夫の氏名									
年齢	SH	年	月	日	生まれ	歳	職業	国籍 ※外国の方のみ 記入してください。					
個人番号				電話番号									
居住地	坂戸市												
出産予定日	年			月	日	妊娠週数	第 週 (第 月)						
妊娠回数	初回			・ その他			回 (流産等を含みます)						
今回の妊娠で性病に関する健康診断を受けましたか	はい			・ いいえ			今回の妊娠で結核に関する健康診断を受けましたか	はい			・ いいえ		
診断または保健指導を受けたときはその病院名・医師または助産師名			病院(医院)名										
			医師名または助産師名										
上記届出いたします													
年 月 日													
坂戸市長 あて				妊婦氏名				(代理人氏名)					

この妊娠届出書は、出産・子育て支援以外には使用いたしません。

市役所記入欄・・・該当になる欄のみ記入。

母子健康手帳(親子健康手帳)交付(交付した種類に○をする。)	
日本語・英語・ポルトガル語・スペイン語・タガログ語・中国語 ハングル語・タイ語・インドネシア語・ベトナム語・ネパール語	
<input type="checkbox"/> 助成券セット <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫ <input type="checkbox"/> ⑬ <input type="checkbox"/> ⑭ <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 性器クラミジア検査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査	
交付場所: こども支援課 ・ こども家庭センター	受付者