

妊 娠 届 出 書														
ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)					ふりがな				
妊婦氏名										夫氏名 (パートナー)				
住居地	茨城県東茨城郡茨城町				個人番号									
電話番号					妊婦職業									
受診病院					診断した 医師又は助産師 の氏名									
分娩予定日	年 月 日 (第 子)				妊娠週数					週				
結核に関する健康診断を	受けた ・ 受けていない				性病に関する健康診断を					受けた ・ 受けていない				
☐ 医療機関において胎児の心拍を確認しました ☐ この届出をもって、子ども・子育て支援法第10条の9第1項に基づく、妊婦のための支援給付を受けるための認定を申請します 上記のとおり、届出いたします。 年 月 日 茨城県東茨城郡茨城町長 小林 宣夫 殿 届出者氏名 _____ 代理人氏名 _____ 印 (妊婦との続柄)														

* 胎児の心音が確認され、妊娠の診断を受け、予定日(または妊娠週数)が確定してから届け出るようにしてください。

母子健康手帳は母子保健法第2章第15条第16条に基づき「妊娠の届出」を受理したうえで発行するものとされています。

- ☐ 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、健康診査、訪問指導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が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。

<事務欄>

茨城町ではすこやかな妊娠・出産・育児を支援するための活動を実施しています。

貴方の妊娠・出産に関する個人情報を、医療機関や各関係機関へ提供することに同意をお願いいたします。

同意書

妊娠・出産に関して、身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談支援事業（伴走型相談支援）等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

年 月 日

氏名： _____