

様式第1号(第2条関係)

受診したことの分かる書類の提示	住基確認	母子健康手帳交付番号	出産応援給付金チラシ	入力担当者
有・無⇒同意書記入		第 号	配付・未配付()	

妊娠届出書

※職員記入欄
個人番号カード 運転免許証 パスポート
顔写真無しの証明証【被保険者証】
不備 職権

ふりがな 母(妊婦)氏名		年 齢	歳
		生年月日	年 月 日
職 業		国 籍	
妊婦個人番号			
父氏名 (パートナー)		ふりがな 世帯主	
住 所 (住民登録のある場所)	ふじみ野市		
電話番号	()	日中連絡のつとところ (方)	
分娩予定日	年 月 日	妊娠週数 (妊娠月数)	第 週 (第 月)
今回の妊娠で性病に関する検査の有無	有 ・ 無		
今回の妊娠で結核に関する検査の有無	有 ・ 無		
診断または保健指導を受けたときの 医師名・助産師名	医師名	医療機関名	
	助産師名	助産院名	
今回の妊娠	()回目	今までの出産	()回
ふじみ野市長 宛て 上記のとおり届けます。また、本届出に係る情報について次のことに同意します。 1 母子保健に係る各事務事業に利用すること 2 他市町村への照会及び提供に関すること 年 月 日 届出者氏名 妊婦との続柄() *代理人の場合は本人の了解を得ている方のみ届出可			

妊婦健康診査等助成券交付申請書

ふじみ野市長 宛て

年 月 日
 申請記入者 印
 対象者との関係

次のとおり、妊婦健康診査等助成券の交付を申請します。

※自署の場合は、押印不要です。

対象者	ふりがな 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日(歳)
	住 所 (住民登録のある住所)	ふじみ野市		
連絡先	本 人	()		
	父(パートナー)	()		(氏名)
	自 宅	()		

妊婦健康診査等助成券交付に当たり、以下の事項について同意します。

- ・必要に応じて、健康状態の確認、受診の勧奨、電話や訪問による保健指導を行うことがあります。
- ・同一年度内に市が実施した子宮頸がん検診を受けた方は、助成券による検診を受けることができません。重複して受検した場合は、自己負担になります。
- ・個人が特定されない健診結果の統計について、県や国に報告します。

対象者氏名 印

※ 自署の場合は、押印不要です