様式第１号（第４条関係）

妊娠届出書兼妊婦健康診査受診券交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | 職　業 | | |
| 妊婦氏名 |  | | | | | 昭和  平成　　年　　月　　日  　　　　　　（　　　）歳 | | | | | |  | | |
| フリガナ |  | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | 職　業 | | |
| 父親となる人の氏名 |  | | | | | 昭和  平成　　年　　月　　日  　　　　　　（　　　）歳 | | | | | |  | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 居住地  （住民票所在地） | 阪南市 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅  携帯 | | | | | | | | | | | | | |
| 妊娠週数  （妊娠月数） | 満　　　　週  （　　　）カ月 | | | | | 出産予定日 | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | |
| 妊娠の診断を受けた  医療機関名  （医師・助産師名） |  | | | | | 出産予定  医療機関 | | |  | | | | | |
| 性病に関する健康診断の  有無 | * 受けた * 受けていない   （上記医療機関で性病に関する血液検査等実施の有無） | | | | | 結核に関する健康診断の  有無 | | | * 受けた * 受けていない   （過去１年以内の胸部レントゲン実施の有無） | | | | | |
| 上記のとおり、届出をします。  交付に際して、本届出書の記載事項について、住民基本台帳にて確認することを承諾します。  令和　　　年　　　月　　　日  阪南市長様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

【阪南市処理欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 母子健康手帳交付番号 | Ｎｏ． | 交付受付者 |  |