

妊 娠 届 出 書

フリガナ			年齢	年 月 日 生 (満 歳)		
妊婦氏名			職業			
住所	高知市		電話番号	妊婦の携帯・その他 連絡の取りやすい時間帯 ()		
国籍	(外国人の方のみ記入してください。)		個人番号			
妊娠週 (月) 数	妊娠 満	週 (第 月)	単胎・多胎	分娩予定日	年 月 日	
診察を受けた	住所			性病に関する健康診断の有無	有 ・ 無	
医師又は助産師	氏名			結核に関する健康診断の有無	有 ・ 無	
<p>妊産婦および乳幼児の健康増進を図ることを目的に母子保健事業に活用することに同意の上、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">高 知 市 長 様 _____ 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出人氏名 (妊婦との続柄)</p> <div style="text-align: right; border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 80px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: 0;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">受付印</p> </div>						
<p>次の①②の場合は委任状が必要です。 ①妊婦と同居する同一世帯の親族以外の方が届出に来られる場合 ②同一世帯の親族の方が妊婦のマイナンバー資料を持参する場合 代理人の本人確認書類と下記の委任状を記入し持参ください (委任状は妊婦本人が記入ください)。</p> <p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p>高知市長 様 _____ 年 月 日</p> <p>【代理人：妊娠届出に来られる方】</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ (委任者との関係)</p> <p>【委任者：妊婦本人】</p> <p>私は左記のものに妊娠届出および母子健康手帳の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p>						

※ 母子健康手帳は高知市の各子育て世代包括支援センターでお渡ししています。 本人確認済 (運転免許証・)

ご不明な点は、高知市役所母子保健課 (088-855-7795)まで、お問い合わせください。