

妊 娠 届 出 書

バーコード貼付欄

(フリガナ)		年齢	満 歳	職業	
妊婦氏名			年 月 日生	個人番号	
居住地	大阪市 区 TEL ー ー				
住民票の所在地	☐ 居住地と同じ ☐ 居住地と異なる ()				
妊娠週数	満 週 (第 か月) (出産予定日: 年 月 日)		妊娠の診断を受けた医師 及び助産師の氏名		
性病に関する 健康診断の有無	受けた 受けていない		結核に関する 健康診断の有無	受けた 受けていない	
記載上の 注意	1. 「性病に関する健康診断の有無」欄は、血液検査を受けたか否かによって記入すること。 2. 「結核に関する健康診断の有無」欄は、今回の妊娠について少なくともツベルクリン反応検査又はレントゲン検査（透視、撮影いずれにても可） を受けたか否かによって記入すること。				
上記のとおり届出いたします。					
【あて先】 大阪市長 年 月 日					
(フリガナ) 妊婦との続柄:					
届出者氏名:					

※保健福祉センター使用欄

母子健康手帳 発行番号		予防接種手帳 発行番号		個人番号 確認書類	☐ 番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票等 ☐ 申立書 ☐ その他 ()
◆届出者の本人確認書類 【写真あり】※1つ提示 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 写真付身分証明書等 ☐ その他 () 【写真なし】※2つ以上提示 ☐ 保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 源泉徴収票 ☐ 写真なし身分証明書等 ☐ 生保受給証明 ☐ その他 ()					
◆代理人が届出の場合 ☐ 委任状			◆出産応援給付金の確認事項 妊婦面談日 ☐ 届出日に同じ ☐ その他 () アンケート ☐ 済 ☐ その他 () 給付金申請書配付 ☐ 済 ☐ その他 ()		
◆居住地と住民票の所在地が異なる場合 ☐ そ明資料 () ☐ 他部署へ連絡					