

|      |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|
| 交付番号 |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|

(担当： )

# 妊婦・産婦健康診査受診票交付申請書

妊娠・出産等について後日、吹田市から様子をお伺いする場合がありますので、ご了承ください。  
ご記入いただいた内容は、母子保健事業、及び子育て支援事業（乳児家庭全戸訪問事業）に使用することがあります。

|                                                                     |                                                                                                                                                      |                                                                                   |                                    |                                        |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| 申請理由                                                                | <input type="checkbox"/> 転入 転入届出日（      年      月      日）<br>転入前の市区町村名（      ）<br><input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> その他（      ） |                                                                                   |                                    |                                        |
| ふりがな                                                                |                                                                                                                                                      | 生年月日                                                                              | 年齢                                 | 職業                                     |
| 妊婦氏名                                                                |                                                                                                                                                      | 年      月      日                                                                   |                                    |                                        |
| 居住地                                                                 | 吹田市                                                                                                                                                  | 妊婦の<br>連絡先                                                                        | ①      （      ）<br>②      （      ） |                                        |
| 分娩予定日                                                               | 年      月      日                                                                                                                                      | 妊娠週数                                                                              |                                    | 週                                      |
| 今回の妊娠は多胎妊娠とされていますか                                                  |                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（    双胎    ・    品胎以上    ） |                                    |                                        |
| 1年以内に受けた検査（☑して下さい）                                                  |                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 性感染症（血液検査） <input type="checkbox"/> 肺結核に関する健康診断          |                                    |                                        |
| 上記のとおり申請します。なお、申請書を提出するにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。<br>年      月      日 |                                                                                                                                                      |                                                                                   |                                    |                                        |
| 吹田市長あて                                                              |                                                                                                                                                      | 申請者氏名                                                                             |                                    | <input type="checkbox"/> 代理人（続柄      ） |

以下もご記入ください

◆ 出産・子育て応援事業に係る確認事項

転入前の市区町村で、妊娠中に「国の出産・子育て応援給付金」の申請を行いましたか？

- ☐ はい    →    本市での申請はできません。産後の申請についてご案内をいたします。代理申請の場合は、後日、助産師等から妊婦ご本人にご様子伺いの連絡をします。
- ☐ いいえ    →    吹田市出産・子育て応援事業（国の出産・子育て応援給付金）のご案内をします。
- ※ 転入前の市区町村に申請状況を確認する場合があります。

担当者記入  
(代理申請) ☐ コピー    ☐ 対応後入力  
(入力)      ☐ 外国語版    ☐  
(      )