

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

(担当： )

# 妊 娠 届 出 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、母子保健事業に使用することがあります。

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 連絡先	① ( ) ② ( )	
分娩予定日	年 月 日	妊娠週数		週
妊娠の診断を受けた医療機関名				
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			
上記のとおり届出します。なお、妊娠届出をするにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。 年 月 日				
吹田市長あて	届出者氏名		<input type="checkbox"/> 代理人 (続柄	)

代理申請の場合は、後日、助産師または保健師から妊婦ご本人にご連絡いたします。  
妊娠届出時に個人番号の記入と本人確認が必要です。窓口の場合は、確認書類を持参のうえ、所定用紙にご記入ください。  
個人番号確認書類等をお持ちでない場合は、以下に☑を付けてください。  
吹田市長が個人番号の閲覧、記載等を行うことに  同意します。

<担当者記入欄> 1 妊婦本人→①、②の2項目の確認

① 個人番号確認	② 本人確認	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 職権記載	A(顔写真付きのもの) <b>いずれか1点</b> <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付き) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( )	B(「氏名・生年月日」または「氏名・住所」が記載された書類) <b>いずれか2点</b> <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 身分証明書(写真なし) <input type="checkbox"/> 資格証明書(写真なし) <input type="checkbox"/> 公共料金の領収書 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 納税証明書 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> その他( )

2 代理人→①、②、③の3項目の確認

① 妊婦個人番号確認	② 委任状	③ 代理人身元確認書類	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 職権記載	<input type="checkbox"/>	A(顔写真付きのもの) <b>いずれか1点</b> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付き) <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(平成24年4月1日以降のものに限る) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( )	B(「氏名・生年月日」または「氏名・住所」が記載された書類) <b>いずれか2点</b> <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )

(代理申請) コピー 対応後入力  
(マイナンバー) 有 無  
(入力)