

＜妊娠届出書＞（新規・転入・再発行）

届出番号

母子手帳 No

歯科受診票発行 No

項目	氏名・生年月日		職 業	
妊 婦	ふりがな		無・有〔常勤・自営・パート・他()〕 〔21時以降帰宅 回/週〕〔夜勤 有・無〕 〔育休予定(期間)〕 〔退職予定(時期)〕	
	S・H 年 月 日 (歳)		健康状態〔疾患名・通院等〕 実家〔 〕	
父 親	ふりがな		無・有〔常勤・自営・パート・他()〕 〔21時以降帰宅 回/週〕〔夜勤 有・無〕 〔育休予定(期間)〕	
	S・H 年 月 日 (歳)		健康状態〔疾患名・通院等〕 実家〔 〕	
兄弟姉妹	ふりがな	ふりがな	ふりがな	ふりがな
	(H . . . 生) (才 ヶ月)	(H . . . 生) (才 ヶ月)	(H . . . 生) (才 ヶ月)	(H . . . 生) (才 ヶ月)
住 所	河東郡上士幌町字 (区)			
連絡先	① ()	② ()		
妊娠週数	週(ヶ月)	第 子	出産予定日	令和 年 月 日
保険の種類	1. 国民健康保険 2. 社会保険 3. その他()			
診断を受けた病院	1. 慶愛病院 2. 協会病院 3. 厚生病院 4. 公立芽室病院 5. 坂野産婦人科 6. その他()			
出産予定場所	1. 慶愛病院 2. 協会病院 3. 厚生病院 4. 公立芽室病院 5. その他()			

上記のとおり届け出いたします。

なお、上記内容を上士幌消防署へ情報提供することに(同意します ・ 同意しません)。

お名前・住所・電話番号・出産予定日を子育て支援センター(上士幌町役場幼児教育課)へ
情報提供することに(同意します ・ 同意しません)。

令和 年 月 日

上士幌町長 竹 中 貢 様