

＜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〕	
	S・H 年 月 日 ( 歳)		〔育休予定(期間)〕 〔退職予定(時期)〕 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〕	
	S・H 年 月 日 ( 歳)		〔育休予定(期間)〕 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)	(H . . . 生)	(H . . . 生)	(H . . . 生)
	( 才 ヶ月)	( 才 ヶ月)	( 才 ヶ月)	( 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