

No.

## 妊 娠 届 出 書(兼)妊 婦 健 康 診 査 受 診 票 交 付 申 請 書

ふりがな		マイナンバー				
妊婦氏名		生年月日	S・H 年 月 日 ( )才	職業		
ふりがな		生年月日	S・H 年 月 日 ( )才	職業		
夫 (パートナー) 氏名						
住所	福生市					
電話番号		国籍 (日本以外の方)	言語( )語			
<input type="checkbox"/> 医療機関において胎児の心拍が確認されています。		<input type="checkbox"/> これをもって、子ども・子育て支援法第10条9第15項に基づく妊婦の為の支援給付を受ける資格を有することについての認定を申請します。				
出産予定日	年 月 日	週数	妊娠届出時 週			
性病に関する検診	受けた ・ 受けていない	結核に関する検診	受けた ・ 受けていない			
診断を行なった医療機関等	医療機関名					
	医師または助産師名					
出産を予定する医療機関	・上記医療機関と同じ ・その他: 医療機関名 所在地(市区町村名; ) ・未定					
今までの妊娠出産歴	・今回は、( )回目の妊娠です(これまでの妊娠回数+今回の妊娠)。 ・これまでに出産した子どもは( )人です(今回の妊娠は含まない)。					

上記のとおり届出をいたします。

福生市長 宛て

年 月 日

届出者氏名

(代理人の場合妊婦との続柄; )

※福生市記入欄(届出者の記入は不要です)

個人番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード				
	<input type="checkbox"/> 番号管理システム ( <input type="checkbox"/> 申請者の同意)	身元確認	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	
			2点	<input type="checkbox"/> 学生・社員証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書 <input type="checkbox"/> その他官公署発行書類( )	
外国語版母子手帳	英語・中国語・スペイン語・ポルトガル語・ベトナム語・タガログ語・ハングル語・タイ語・インドネシア語・ネパール語				
<input type="checkbox"/> 受診票(14回分)発行		<input type="checkbox"/> 超音波(4回分)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診票(1回分)	<input type="checkbox"/> 聴覚検査	多胎妊娠: なし ・ あり( )
<input type="checkbox"/> e-suite入力		区分( )		受付サイン( )	

(2026.01.)