妊 娠 届 出 書

嘉手納町長　　　　　　殿

妊婦氏名:　　　　　　　　　　　　　個人番号 | | | | | | | | | | | | |

生年月日:　　　　　　　　　　　　　年齢:　　　　　　歳

職業:

住所: 嘉手納町　字

妊娠週数:　　　　　　　　週

性病に関する健康診断の有無:　　　　受けた ・ 受けない

結核に関する健康診断の有無:　　　　受けた ・ 受けない

診断を受けた医師または保健指導を受けた助産師の氏名(受けた場合のみ記入)

医療機関

氏　名

上記のとおり届出します。

平成　　　　年　　　　月　　　　日

届出者氏名

【事務担当者記入欄】 注1)確認書類のコピー不要　注2)代理人届出の際は委任状必要

■妊婦の個人番号確認
- □ 個人番号カード
- □ 通知カード
- □ 個人番号が記載された住民票の写し
- □ 住民票記載事項証明書
- □ その他(本人確認措置にて書類確認)

(　　　　　　　　　　　　　　　　)

■身元確認(本人 ・ 代理人)
- □ 個人番号カード □ 運転免許証 □ 旅券
- □ 運転経歴証明書 □ 身体障害者手帳
- □ 精神障碍者保健福祉手帳 □ 療育手帳
- □ 在留カード □ 特別永住者証明書
- □ その他(本人確認措置にて書類確認)

(　　　　　　　　　　　　　　　　)