

妊 娠 届 出 書

交付日：令和 年 月 日（新規 転入）

第 号

妊 婦	住所地（住民票所在地）	〒911- 勝山市 （世帯主名： ）		
	居住地 （住所地と異なる場合のみ）	〒		
	ふりがな 氏 名	個人番号（ ） 昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
	連絡がとれる電話番号	自宅： 携帯：		
	職 業	勤務先：		
	加入している保険	国民健康保険 ・ 社会保険本人 ・ 社会保険扶養 ・ その他（ ）		
夫 （パートナー）	氏 名	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
	職 業	勤務先：		
	連絡先			
	婚姻関係の有無	有 ・ 無 （ 今後結婚予定 ・ 結婚予定なし ・ 未定 ）		
妊娠週数	妊娠 週（ カ月）	出産予定日	令和 年 月 日	
出 産 歴	初産 ・ 経産（第 子）	第1子	年 月 日（男・女）	
		第2子	年 月 日（男・女）	
	※世帯で実子以外の子の有無 無 ・ 有（ 人）	第3子	年 月 日（男・女）	
		第4子	年 月 日（男・女）	
流産の有無	無 ・ 有（流産 回 ・ 早産 回 ・ 死産 回）			
診察を受けた施設	施設名	医師名		
健診を受ける施設	<input type="checkbox"/> 診察を受けた施設と同じ 施設名			
出産予定施設	<input type="checkbox"/> 診察を受けた施設と同じ <input type="checkbox"/> 健診を受ける施設と同じ 施設名			
出産後帰宅先 （予 定）	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 実 家 いつから： <input type="checkbox"/> 産前 <input type="checkbox"/> 産後 いつまで：産後（ カ月頃） 住所： 世帯主名： 様方			
令和 年 月 日 届出者氏名		（妊婦との続柄）		
勝 山 市 長 殿				

※この妊娠届の情報をもとに保健師等が妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行なうため、妊娠中や産後に連絡することがあります。

受付担当者記入欄（相談内容、指導内容などの特記事項）

ここに妊婦奨励金利用予定 あり（説明必要） なし
転出予定 なし あり（転出時説明必要）
身分確認 マイナンバーカード
免許証（番号 ）
その他（ ）

受付担当者サイン _____

マタニティマーク

妊産婦が交通機関等を利用する際に身につけ、周囲が妊産婦への配慮を示しやすくするものです。ご活用下さい。



●勝山市妊婦あんしん登録事業 を開始しました！



妊婦さんが安心して出産を迎えられるよう、「もしも」の時に備え、事前に情報の登録を行い、救急時・災害時、自家用車等で医療機関に行く手段がない場合、迅速な搬送ができることを目的とした事業を開始しました。情報提供に同意いただける方は下記の同意書に記入をお願いします。なお、個人情報は、目的以外には使用しないことを確約します。

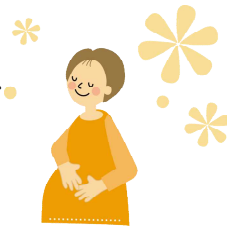
(登録いただいた個人情報は、申請の翌月から登録に反映されます。また、出産予定日の1か月を過ぎた時点で削除します。)

●勝山市保健推進員・村岡町保健育成会の活動について

お子様のすこやかな成長を地域で支えるための活動として、新生児訪問、2歳児訪問、乳幼児写真展への参加の呼びかけ、むし歯予防活動などを地区の保健推進員が中心となって実施しています。

※保健推進員は全地区に配置し、各地区の乳幼児を対象に活動しています。

※村岡町保健育成会は、保健推進員と協力して、村岡地区の乳幼児を対象に活動しています。



同意書

個人情報の取扱いについて、以下の事に同意します。

登録内容：【救急・災害】妊婦さんの氏名、生年月日、出産予定日、出産経歴、
住所（里帰り先含む）、世帯主名、緊急連絡先、
健診受診医療機関名、出産予定医療機関名、持病等
【保健推進員】お子さんの住所・氏名・生年月日・母氏名・世帯主氏名

上記登録内容を、勝山市消防署へ提供することに同意します。

上記登録内容を、勝山市危機管理防災係へ提供することに同意します。

【緊急連絡先】※緊急時に消防署、勝山市から連絡する方を記入してください。

連絡先①を夫（パートナー）と する しない

連絡先②氏名： (続柄：) 連絡先：

勝山市保健推進員および村岡町保健育成会（村岡地区の乳幼児が対象）の活動のため
情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

サイン _____

受付番号 _____