

届出所 / 保健センター・我孫子駅前相談窓口・我孫子行政 SC
妊婦本人届出の場合、本人確認 / マイナンバーカード 免許証 旅券 その他 ()
妊婦本人届出の場合、マイナンバー確認 / マイナンバーカード

妊 娠 届 出 書

我孫子市長 あて		令和 年 月 日										
ふりがな		父親になる 方の氏名										
妊婦氏名												
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	妊婦の マイナンバー										
職業												
住 所	我孫子市											
日中の連絡先	(自宅) (携帯)											
分娩予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	現在 週	分娩経験	無・有 (回)							
里帰りの予定	無・有 (里帰り予定先の市区町村名:) ・ 未定 ※出産後、すべての家庭に新生児訪問に伺います。											
妊娠の診断を 受けた施設	施設名称 所在地(市区町村名) 医師または助産師氏名			施設電話番号		出産予定 施設名						
※妊娠届出書は、災害時の災害対策基本法による被災者台帳の作成等に関する事務にも使用します。												

☆ 妊 娠 ・ 出 産 に 関 す る こ と に つ い て お 伺 い し ま す ☆

1.妊娠が分かった時の気持ちはいかがですか？	うれしい・予想外でびっくりした・不安・その他()
2.ご自身の健康に気をつけていますか？	はい・いいえ
3.健康に関する情報や知識を得るようにしていますか？	はい・いいえ
4.たばこを吸っていますか？	いいえ・以前吸っていたがやめた・はい(本/日)
5.ご家族でたばこを吸っている方はいますか？	いいえ・以前吸っていたがやめた・はい
6.現在、お酒を飲んでいますか？	いいえ・はい
7.産後に家事や育児を手伝ってくれる方はいますか？	はい・いいえ
※「はい」と答えた方へ…それはどなたですか？	夫(パートナー)・父母・兄弟姉妹・友人・その他()
8.妊娠・出産について相談する方はいますか？	はい・いいえ
※「はい」と答えた方へ…それはどなたですか？	夫(パートナー)・父母・兄弟姉妹・友人・その他()
9.妊娠中、訪問による相談を希望しますか？	希望する・希望しない
※相談したい内容に○をつけてください。 (訪問日については後日連絡します)	妊娠中の健康管理・出産の準備・産後の生活やサービス 上の子どものこと・育児のこと・経済面のこと・DVのこと 無戸籍のこと・その他()
☆後日、妊娠・出産に関することで連絡を差し上げる場合があります。身体のことや出産についてのご相談は随時受け付けておりますので、お気軽にお問い合わせください。	
既往歴	流・早・死産 無・有 (流産 回 ・ 早産 回 ・ 死産 回) 疾 病 無・有 (心臓病・腎臓病・高血圧・糖尿病・甲状腺の病気・結核・精神疾患・その他 () ※「有」と答えた方へ…現在治療中ですか？ (はい ・ いいえ)

私は、妊婦健康診査受診票 (1 4 回分) 乳児健康診査受診票 (2 回分) 新生児聴覚スクリーニング検査 (1 回分) 産婦健康
診査受診票 (2 回分) 1 か月児健康診査受診票 (1 回分) を受領しました。
紛失等による受診票の再交付はできないこと、市外に転出した場合は使用できないことを了承します。

母子健康手帳別冊 No. 受領者氏名

※届出者が本人以外の方のみご記入ください。

私は、妊婦から委任を受け、妊娠届出書を提出します。 届出者氏名 妊婦との続柄 ()
住所 連絡先
届出者本人確認 / マイナンバーカード 免許証 旅券 その他 ()

我孫子市妊婦給付認定申請書

我孫子市長あて
妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定の申請をします。

申請日				年				月				日				母子健康手帳別冊 No.															
ふりがな														年齢		職業															
氏名																															
個人番号														市記入欄 番号確認済 ()																	
現住所		〒												電話番号																	
居住地		(現住所と異なる場合のみ記載)																													
妊娠届出日		年				月				日				出産(予定)日		年				月				日				妊娠月数		か月	
妊娠届出日 時点の住所地		(現住所と異なる場合のみ記載)																													
妊娠の診断をした 医療機関の名称														診断をした 医師の氏名																	
医療機関の住所														電話番号																	

確認事項 ※申請者記入 ①②すべて回答必須

①妊婦支援給付金（1回目）に相当する給付金またはギフトの支給状況について

☐ 受けていない

↳ 妊婦支援給付金（1回目）（50,000 円）の支給を【 希望します ・ 希望しません 】

☐ 受けている 【支給市区町村（我孫子市を含む）： _____】

②妊婦支援給付金（2回目）に相当する給付金またはギフトの支給状況について

☐ 受けていない

↳ 妊婦支援給付金（2回目）（子ども（胎児）の数×50,000 円）の支給を【 希望します ・ 希望しません 】

※2 回目の支給手続きは出産後のご案内となります

☐ 受けている 【支給市区町村（我孫子市を含む）： _____】

※転入者の場合は、上記支給状況について他の市区町村に確認することがあります。

★子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に我孫子市外に転出した場合には我孫子市の妊婦支援給付認定は取り消されます。転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。

妊娠中の身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な支援に必要な場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談支援事業（伴走型相談支援）等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

署名 _____
署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☐ 妊婦給付認定申請に係る記載内容は、我孫子市に提出した妊娠届出の記載内容と相違ありません。