喜多方市妊娠届出書（母子健康手帳・母と子の健康のしおり交付申請書）

※喜多方市に住民登録をしていない方には交付できません。

●太線内をご記入ください。

個人番号					―					―				

ふりがな		生年月日	年　月　日（　　）歳	
妊婦氏名	①既婚 ②入籍予定（ あり・ なし・ 未定 ）	職種		□正規 □パート・アルバイト □自営業 □農業 □学生 □無職 □その他（　　）
		会社名		
ふりがな		生年月日	年　月　日（　　）歳	
子の父親氏名	連絡先（　　－　　－　　）	職種		□正規 □パート・アルバイト □自営業 □農業 □学生 □無職 □その他（　　）
		会社名		
現住所	福島県喜多方市 日中連絡可能な連絡先（　　－　　－　　）　時間帯 ：			
同居家族の有無	なし　あり	※ 同居している方全員に〇をつけてください。 夫 ・ パートナー ・ 子ども（　　）人 ・ 実母 ・ 実父 義母 ・ 義父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ その他（　　）		
妊娠の診断を受けた施設		出産予定の施設		
出産予定日	令和　年　月　日	妊娠回数	今回を含めて＿＿回 第＿＿子	
妊娠週数	週	妊娠歴	□ 流産 ＿＿回 □ 中絶 ＿＿回	
健康診断の受診（妊娠後）	結核 ：□受けた □受けない 性感染症：□受けた □受けない	出産回数	□ 初回 □ ＿＿回	
		出産歴	□ 早産 ＿＿回 □ 死産 ＿＿回	
健康保険証（手続き中も含む）	□ 国民健康保険 □ 社会保険又は共済保険 □ その他（　　）			

喜多方市長 様

上記のとおり妊婦届出をします。

なお、必要に応じ妊娠届出書・アンケートの内容について、出産・育児支援のために関係機関や市などが情報を共有し使用することに同意します。

届出日　令和　年　月　日　　妊婦氏名（代理者名）＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

※個人情報の取扱いについては、個人情報保護法を遵守し適正に取り扱います。

事務処理欄

母子健康手帳 No.	
健康かるて宛名番号	
行 政 区	
交付年月日	令和　年　月　日
面談者	

来庁者本人確認

◆1点 確認

□ マイナンバーカード
□ 免許証
□ パスポート
□ 在留カード

◆2点 確認

□ 健康保険資格確認書
□ 年金手帳
□ その他（　　）

妊婦のための支援給付交付金申請　　QRコード確認 □　母子モ □

□ 窓口　□ 郵送　□ その他（　　）

2026年度版