

受付番号 _____

妊 娠 届 出 書（ 転 入 者 用 ）

年 月 日

府中市長

届出者 住所

氏名

母子保健法第15条の規定により、次のとおり届け出ます。

フリガナ			生年月日	年 月 日（歳）	
			職 業		
個人番号					
住 所	電話 — —				
妊 娠 週 数	満 週（第 月）	分娩予定年月日	年 月 日		
初産・経産の別	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産（出産回数 回）		妊 娠 状 況	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎（人）	
健 康 診 断	性病に関するもの（血液検査）		結核に関するもの（胸部レントゲン）		
	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		
医 師 又 は 助 産 師 の 診 断 又 は 保 健 指 導	施設名 所在地 (医師又は助産師の氏名)				

- 備考 1 該当する□にレ印を記入してください。
 2 妊娠週数の欄には、当該届出書の記載時における週数又は月数をご記入ください。
 3 初産・経産の別の欄の出産回数には、これまでの出産回数をご記入ください。
 4 医師又は助産師の診断又は保健指導の欄の施設名には、病院、産院、助産所等の名称を記入してください。

1 妊婦給付認定及び妊婦支援給付金の支給の申請

- すでに_____区市町村で1回目（5万円分）の支給を受けています。
- ギフト（オンラインで育児パッケージと一括配布）での受け取りを希望します。
- ギフト（赤ちゃんファースト5万円分を別途配布）での受け取りを希望します。
- 現金（妊婦ご本人口座に申請月の翌々月末に振込）での受け取りを希望します。
- 希望しません。

2 妊婦給付認定及び支給決定

- 育児パッケージ（1人 2人 3人）を受領しました。
- 妊婦支援給付金5万円分（タブレット読取り）を受領しました。
- 妊婦支援給付金5万円分（赤ちゃんファースト）を受領しました。

赤ちゃんファースト
管理番号

令和 年 月 日 _____（本人署名）

3 その他

子ども・子育て支援法第10条の10の規定に基づき、妊婦支援給付金2回目の申請前に府中市外に転出される場合には、転出先自治体で再度妊婦給付認定の申請が必要です。

<事務処理欄>

母子手帳交付自治体：

交付日：