届出前に必ずお読みください　　美　祢　市

◆平成28年1月からマイナンバー制度の施行に伴い、マイナンバーの記載とそれに伴う身元確認が必要となります。**届出に以下が必要になりますので、ご持参ください。**
◆マイナンバーは、法律に基づき収集と管理を行い、妊娠届、母子健康手帳の交付、保健指導、訪問指導、健康診査に関する用務で使用します。

**【妊婦本人が届け出る場合】**
①マイナンバーが確認できるもの（マイナンバーカード、マイナンバーの記載された住民票）
②本人の確認の書類 ・・・写真付きであれば1点（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート）
写真付きでないものであれば2点（健康保険証、年金手帳など）

**【代理人が届け出る場合】**
①妊婦のマイナンバーが確認できるもの（マイナンバーカード、マイナンバーの記載された住民票）
②代理人の確認の書類・・・写真付きであれば1点（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート）
写真付きでないものであれば2点（健康保険証、年金手帳など）

# 妊娠届出書（母子健康手帳交付申請書）

| 母子健康手帳番号 |
|---|
| |

美祢市長　様

母子保健法第15条第1項の規定に基づき、下記のとおり届出をいたします

届出年月日　　年　　月　　日

| 妊婦本人の個人番号 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>*妊婦氏名 | ① 既婚　② 未婚（入籍予定　あり・なし） | 生年月日 | 昭和<br>平成　年　月　日（*　歳） | 職業 | |
| *現住所 | 美祢市　町　番地<br>アパート名（　）　行政区（　） | | | *連絡先 | 妊婦本人と連絡がとれる電話番号 |

| 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 生年月日（年齢） | 職業 | 続柄 | 氏名 | 生年月日（年齢） | 職業 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 夫（パートナー） | | （　） | | | | （　） | |
| | | | （　） | | | | （　） | |
| | | | （　） | | | | （　） | |

| | |
|---|---|
| 今回の妊娠で性病に関する健康診断を受けましたか | □受けた　□受けていない |
| この1年以内に結核に関する健康診断を受けましたか | □受けた　□受けていない |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *出産予定日 | 年　月　日 | 診察日 | 年　月　日 | 妊娠週数 | 週 | 単胎 ・ 多胎（　胎） |

医療機関名
医師又は助産師氏名

※裏面のアンケートもご記入ください。

**★代理人が届け出る場合は、必ず以下を記入してください**

## 委任状（★妊婦本人が自署してください）

年　月　日

委任者（妊婦本人）　住所　美祢市
氏名

私は、妊娠届出及び母子健康手帳等の受領に係る一切の権限を次の者に委任します

受任者（代理人）　住所　美祢市
氏名

## 母子健康手帳の交付について

★市町村によって制度が異なります。住民票のある市町村で手続きをしてください。美祢市に住民票のある方は、下記にお越しください。
※お渡しする書類の説明や妊娠届出時に面談を受けた妊婦さんに対して出産応援給付金申請書をお渡ししますので、
**できるだけ　妊婦さんご本人がお越しください。**

【受付日時】 月～金曜日（年末年始、祝日は除く） 8:30～17:15
【受付場所】 ●美祢市役所健康増進課　美祢市大嶺町東分326-1　電話　0837-53-0304
●美東地域まちづくりセンター　美祢市美東町大田6141　電話　08396-2-5000
●秋芳地域まちづくりセンター　美祢市秋芳町秋吉5357　電話　0837-62-1910

**※総合支所で届出をされる方は、事前にお問い合わせください。**
**※右の予約フォームから面談を予約することができます。（面談希望日前日まで）**

| 市使用欄 | 届出人本人確認 | 1点(写真付き証明)　□マイナンバーカード　□運転免許証　□パスポート　□その他（　） |
|---|---|---|
| | | 2点（写真なし）　□健康保険証　□年金手帳　□年金証書　□社員証　□その他（　） |

# 【妊娠届出時アンケート】

あなたの妊娠・出産・子育てを応援します。妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために、以下の質問にご協力お願いします。ご記入いただいた内容は個人情報として適切に取り扱い、目的外に使用することはありません。

| | |
|---|---|
| ① 過去の病気や現在治療中の病気 | 1.特になし　2.心臓病　3.腎疾患　4.高血圧　5.糖尿病<br>6.甲状腺機能障害　7.貧血　8.子宮筋腫　9.卵巣腫瘍<br>10.こころの病気（うつ病など）　11.その他（　　） |
| ② 出産回数 | 1.はじめて　2.（　　）回目 |
| ③ 過去の妊娠・出産時の異常は | 1.なし　2.流産　3.早産　4.死産　5.低体重児出産<br>6.巨大児出産　7.帝王切開　8.吸引分娩<br>9.妊娠高血圧症候群　10.その他（　　） |
| ④ 妊娠前の身長・体重 | 身長　　cm　・　体重　　kg |
| ⑤ 現在の体調 | 1.良好　2.普通　3.少し調子が悪い　4.調子が悪い |
| ⑥ 妊娠後の喫煙 | 1.あり（　本/日）　2.同居の家族が吸う　3.なし |
| ⑦ 妊娠後の飲酒 | 1.あり（ 毎日・時々 ）　2.なし |
| ⑧ 里帰りの予定 | 1.ない　2.不明　3.ある（時期　　年　　月～　　年　　月頃まで<br>どこに　　） |
| ⑨ 分娩予定施設は | 1.決まっている（分娩予定施設：　　）<br>2.決まっていない |
| ⑩ 転居の予定 | 1.ない　2.ある（市内・市外　　：　　月頃） |
| ⑪ 妊娠が分かったときの気持ちは | 1.嬉しかった　2.予想外だったが嬉しかった<br>3.予想外だったので戸惑った　4.困った　5.なんとも思わない |
| ⑫ 妊娠後、「気分が沈んだり」「ひどくイライラしたり」「涙もろくなったり」しますか | 1.いいえ　2.ときどき　3.いつも |
| ⑬ 妊娠・出産・育児の相談相手、家事や育児をサポートしてくれる人は | 1.いる　2.いない<br>それはどんな方ですか（　夫　・実父母　・義父母　・その他　） |
| ⑭ 出産に向けて今のお気持ちはいかがですか？<br>・楽しみなことや、やってみたいこと<br>〔　　〕<br>・知りたいこと、気になること<br>（ご自身の健康、赤ちゃんや上のお子さん、ご家族、仕事、保育園、経済面、住まい、生活環境など）<br>〔　　〕 | |

美祢市では、出産後、保健師や市が委託した母子保健推進員による家庭訪問を実施しています。
ご家庭を訪問するにあたり、妊娠中は【妊娠届出書の＊項目】について、出産後は【住所・両親の名前・連絡先・乳児氏名・性別・出生順位】について、母子保健推進員に情報を提供しますが、よろしいですか。
また、母子の健康管理のために、必要な場合は医療機関や関係機関へ情報提供をします。

※
1.妊娠中・出産後ともに同意する　2.出産後のみ同意する　3.同意しない　本人署名〔　　〕

美祢市では、妊娠、出産、子育てに係る経済的負担を軽減するため、妊婦さんに対して「出産応援給付金」を支給します。妊娠届出時に面談を受けた妊婦さんに美祢市出産応援給付

出産応援給付金

職員記載欄

受付者（　　）・地区担当者（　　）