

赤ちゃんが生まれました連絡票 兼 低体重児届出書

住 所	稲沢市			
	里帰り先	県	市	(様宅)
里 帰 り 期 間	里帰りなし・あり (月 日 頃まで)			
電 話 番 号	母の携帯 () -			
	自 宅 () -			
お 子 さ ま の こ と	ふりがな			
	氏 名	(男・女)		
	生年月日	R 年 月 日	出生順位	第 子
	出生時体重※1	g	出生時の異常	なし・あり ()
	黄 疸	普通・やや強度・強度		
お 母 さ ま の こ と	氏 名			
	生年月日	S・H 年 月 日	年 齢	歳
	妊 娠 期 間	週	妊娠中の異常	有 ・ 無
	お産の異常	有 ・ 無	出産後の異常	有 ・ 無
	出 産 場 所	() 産婦人科・クリニック・病院・助産所		
	育児について相談できる人	有 ・ 無		

★ 助産師の家庭訪問(生後2か月未満)を希望しますか(いずれかに○)

家庭訪問は稲沢市内に限ります。稲沢市外へ里帰り中のかたは、稲沢市内に戻られてから家庭訪問します。

(する ・ しない)

訪問希望しないかたにも、「こんにちは赤ちゃん訪問」として、はがき
又は電話でお知らせし、保健師又は、主任児童委員がお伺いします。

★ 相談したいこと (お子さまのこと、お母さま自身のこと)

※ 1 出生体重2,500g未満のお子さまの保護者のかたへ

低体重児の届出を行う際にはお母さまとお子さまのマイナンバー(個人番号)の提示が必要です。

マイナンバー記載欄にご記入いただき、表面【持ち物】をご確認の上、保健センターまたは保健センター祖父江支所窓口にお越しください。

お母さまのマイナンバー															
お子さまのマイナンバー※2															

※2 お子さまのマイナンバーが通知されていない場合は記載不要です

産婦以外が低体重児の届出をする場合は下記をご記入ください。

【委任状】

低体重児届出書について、

代理人 (住所) を

私の代理として定めその権限を委任します。

委任者(お母さま)の署名

(市記入欄)

提出年月日	年 月 日	提出者		受取場所	
訪問依頼日	年 月 日	訪問者			