

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		
<p>★ 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○) <small>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。</small> (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、電話でお知らせし、保健師がお伺いします。</p>				

★ 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

お母さま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	