

低 体 重 児 届 出 書

年 月 日

稲 沢 市 長 殿

届出者 住所

氏名

乳児との続柄 ( )

次のとおり低体重児が出生したので、母子保健法第 18 条の規程により届け出ます。

乳児	ふりがな氏名		個人番号																		
	住所地 (住民票所在地)	稲沢市																			
	現在地	(電話 )																			
	生年月日	年 月 日																			
	在胎週数 (妊娠期間)	週 日			第 子, 単体/多胎 ( 胎)																
	出生場所 (医療機関名)	(電話 )																			
	性別・出生時体重	男 ・ 女			グラム																
産婦	ふりがな氏名及び年齢	( 歳)	個人番号																		
	住所地 (住民票所在地)																				
	居住地 (住所地と異なる場合)																				
	連絡可能な電話番号																				
参考事項 (乳児の症状その他養育指導上参考となる事項があれば記入してください。)																					

記載上の注意

- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

備考

- ・低体重児とは、出生時の体重が 2,500g 未満の乳児をいいます。

**委任状**

産婦以外の方が届出される場合は委任状が必要となります。下記、委任状にも記入ください。

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 (産婦) の署名 \_\_\_\_\_

※職員記入欄	<input type="checkbox"/> 本人	番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票もしくは住民票記載事項証明書	受付者
		身元確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	
	<input type="checkbox"/> 代理人	身元確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	