

# 妊 娠 届 出 書

※住民票がある市町村へ届け出てください。

ふ り が な 妊 婦 氏 名		年 齢	歳	職 業	
個人番号 (マイナンバー)	※マイナンバーが確認できるものと運転免許証等をお持ちください。				
居 住 地	鹿児島市 自宅 (      —      —      )      携帯 (      —      —      )				
妊 娠 週 数 ( 月 数 )	週 ( 月 )	分 娩 予 定 日	年      月      日		
診 断 を 受 け た 医 師 又 は 助 産 師 氏 名		施 設 名 称			
性 病 に 関 す る 健 康 診 断 の 有 無	受 け た ・ 受 け て い な い	結 核 に 関 す る 健 康 診 断 の 有 無	受 け た ・ 受 け て い な い		
上記の届出をします。				受 付	
年      月      日		妊 婦 氏 名			
		生 年 月 日	昭 和		
			平 成	年      月      日	
鹿 児 島 市 長      殿					