

低体重児届出書

令和 年 月 日

高浜市長 殿

届出者 住所
氏名
乳児との関係
電話番号

下記のとおり届出します。

お子さんについて	ふりがな 氏 名： (男・女)		個人番号 (マイナンバー)
	住所地：高浜市 町 丁目 番地		
	出生日：令和 年 月 日	在胎週数： 週 日	
	出生時の体重： g	出生時の身長 c m	
	出生順位：第 子	単胎 / 多胎 (胎)	
	出生場所 (医療機関名) (都・道・府・県 市・町・村)		
	現在、入院していますか。いいえ・はい→ (退院予定日 年 月 日 ・未定) 入院理由：		
お母さんについて	母氏名：		個人番号 (マイナンバー)
	生年月日： 年 月 日	電話番号：	
	妊娠中の異常： なし ・切迫早産・妊娠高血圧症候群・貧血 その他 ()		
あかちゃん訪問について	生後2か月以前の訪問希望： 有 ・ 無		
	里帰り：有・無 ※里帰りの方のみ下記を記載してください。 里帰り先住所： () 様方 ・滞在予定 令和 年 月 日 (生後 か月) 頃まで		
	電話・オンライン面談の希望について ※該当する項目の番号を○で囲んでください。 1. 電話相談の希望 2. オンライン面談の希望 3. 希望なし		
	相談希望がある方は該当する項目の番号を○で囲んでください。 1. 母乳に関すること 2. 育児に関すること 3. お子さんの体調に関すること 4. お母さんの健康に関すること 5. その他 ()		

※お子さんの個人番号 (マイナンバー) が通知されていない場合は記入不要です。

※届出後、健康推進グループからご連絡させていただく場合があります。

受付印

受付者： 届出方法：郵送・ F A X ・ 面接