

課長	課長補佐	主幹	係長	主任	係

妊 娠 届

母子手帳を交付してよろしいか

妊婦氏名											
生年月日	昭和 平成	年	月	日	満	歳					
居住地	中富良野町										
個人番号											
電話番号	— —										
職業											
子の保護者名											
出産予定日	令和	年	月	日							
届出時週数	週(ヶ月)										
病院名											
備考											

上記 お届け致します

令和 年 月 日

妊婦氏名 ⑩

中富良野町長 小松田 清 様

※本人確認書類 免許証(No. )・個人番号カード・住基カード(写真有・無)・パスポート・障害者手帳  
療育手帳・保険証～国保・社保・共済・後期(No. )・その他( )  
聞き取り・面識( )