様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出生通知票(兼低出生体重児届出票)  №　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日記入  （あて先）三鷹市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新      生      児 | ふりがな  　　　　　　氏名 | （男・女） | | | 個人番号※ | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出生月日 | 年　　月　　日 | 在胎週数  （月数） | 満　　　　　　　　週  　 （　　　　　　か月） | | | | | | | | | | | | | |
| 出生時の体重 | グラム | 出生順位 | 第　　　　　　　　子 | | | | | | | | | | | | | |
| 産        婦 | 氏名 | （　　　歳） | | 個人番号※ | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産場所 | 病産院　・　診療所　・　助産所　・　自　宅　・　その他    　名　称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保    護    者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 電話　　　　（　　　　） | | 母子が自  宅へ帰る  予定の日 | | | | | 月　　日頃 | | | | | | | | |
| 区  市  町  村  へ  の  連  絡  事  項 | Ⅰ　退院後の母子の居所が、上記と異なる場合はご記入ください。（里帰り先など）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　方  　　電話　　　　　（　　　　）  その場所にいる予定期間　　　　月　　日頃から　　月　　日頃まで    Ⅱ　あてはまるところに○を付けてください。  １　妊娠中の異常　　　　な　し　・　あ　り（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　分娩の異常　　　　な　し　・　あ　り（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　新生児の異常　　　　な　し　・　あ　り（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　赤ちゃんが受けた医療：　保育器　・光線療法　・酸素吸入　・点滴  　　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　）    Ⅲ　お母さん（産婦）が、産後困っていること、心配なことはありますか    Ⅳ　その他連絡したいこと | | | | | | | | | | | | | | | | |

この申請書により得られた個人情報は、三鷹市個人情報保護条例第10条に基づき、新生児訪問

及び養育医療のために使用します。養育医療については該当の方のみとなります。

　※出生体重が2,500グラム未満の方は、新生児と産婦の個人番号をご記入ください。

体重が2,500グラム未満の赤ちゃんが生まれた場合、届出が義務付けられており、本届出は低出生体重児届出も兼ねております。

　　上記の趣旨を理解し、使用の目的に同意します。　　　保護者氏名