

令和7年度 母子健康手帳交付について

日 程

4月4日（金）	4月22日（火）	5月7日（水）	5月26日（月）	6月9日（月）	6月24日（火）
7月8日（火）	7月24日（木）	8月8日（金）	8月25日（月）	9月9日（火）	9月24日（水）
10月10日（金）	10月27日（月）	11月11日（火）	11月26日（水）	12月9日（火）	12月24日（水）
1月8日（木）	1月23日（金）	2月9日（月）	2月24日（火）	3月9日（月）	3月23日（月）

※上記日程にご都合がつかない方は、電話にてご相談ください。

時 間 : 9時～16時

場 所 : 玖珠町役場 子育て健康支援課

必要なもの : 医療機関から発行された妊娠届出書・本人確認書類（免許証もしくはマイナンバーカード）・印鑑・添付の問診票（事前にご記入ください）・振込口座がわかる通帳もしくはキャッシュカード（妊婦のための支援給付金受取用）

※ 問診票に沿って妊婦健康相談を実施します。妊婦のための支援給付金（5万円）は妊婦本人と保健師が面談した後に支給いたします。体調不良等で代理の方が来庁された場合は、後日面談をさせていただくため、ご連絡を差し上げます。

※ 相談内容により時間を要する場合や、窓口の状況により待ち時間が生じる場合があります。

※ 代理人の来所の場合は、委任者（頼む人）が下記委任状にご記入ください。

【問い合わせ先】 玖珠町 子育て健康支援課 こども家庭相談班
電話 0973-72-2022

委 任 状

玖珠町長 殿

年 月 日

代理人 (窓口に来る人)	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	委任者との関係	

私は、上記の者を代理人と定め、妊娠の届出および母子健康手帳の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 (頼む人)	住所	
	氏名	㊞
	生年月日	年 月 日

交付番号

妊 娠 届 出 書

年 月 日

玖 珠 町 長 殿

住所 大分県玖珠郡玖珠町大字

自治区名 ()

氏名 ⑩

世帯主氏名

母子保健法第 15 条第 1 項の規定により、下記のとおり届出ます。

記

	妊 婦	配偶者（パートナー）
氏名（フリガナ）	()	()
生年月日（年齢）	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
職業		
個人番号		—
本籍地	都 道 府 県	
住民票がある住所	大分県玖珠郡玖珠町大字	
電話番号		

妊娠月数（週数）	か月 (週)
出産予定日	年 月 日
出生順位	第 子
今回の妊娠	初めて・() 回
今までの妊娠の異常	なし・あり ()
流産・早産・死産	なし・あり ()
性病及び結核に関する健康診断の有無	あり・なし
診断又は保健指導を受けた医師又は助産師の氏名	