

令和6年度 母子健康手帳交付について

日 程

4月5日(金)	4月22日(月)	5月7日(火)	5月27日(月)	6月10日(月)	6月25日(火)
7月8日(月)	7月24日(水)	8月8日(木)	8月27日(火)	9月11日(水)	9月26日(木)
10月11日(金)	10月25日(金)	11月7日(木)	11月21日(木)	12月5日(木)	12月24日(火)
1月8日(水)	1月23日(木)	2月7日(金)	2月20日(木)	3月6日(木)	3月24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1階6番窓口

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(出産応援ギフト受取用)

※ 問診票に沿って妊婦健康相談を実施します。出産応援ギフト(5万円)は妊婦本人と保健師が面談した後
に支給する制度です。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 健康推進班
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 (印)

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	