

低 体 重 児 出 生 届

年 月 日

(宛先)

住 所

氏 名

㊟

乳児との続柄

連絡先（電話）

母子保健法第18条に基づき、低体重児の出生を届出ます。

乳 児	ふりがな 氏 名		個人 番号	
	現 在 地	郵便番号 (電話)		
	出 生 場 所 (医療機関名)	(電話)		
	出 生 日 時	午前 年 月 日 時 分 午後		
	在 胎 週 数 (妊 娠 期 間)	週 日	第 子, 単胎/多胎 (胎)	
	出生時の 体重・身長	グラム	センチ	性 別
産 婦	ふりがな 氏名及び年齢	(歳)	個人 番号	
	住 所	郵便番号		
	居 住 地 (住所と異なる場合)	郵便番号		
	連絡可能な電話番号			
参 考 事 項	(お子さんの様子や心配なこと、相談したいことなどを記入してください。)			

[記載上の注意]

- ・「所在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄が、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。
- ・低体重児とは、出生時の体重が2500g未満の乳児をいいます。

[確認書類]

- ・届出には乳児、産婦の個人番号及び届出者の身元の確認できる書類の提示が必要です。

提出先 長野市保健所健康課 または 保健センターへ

(※ 担当確認欄)

番号確認用書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号通知カード <input type="checkbox"/> その他
身元確認用書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 () ()