様式第１号（第２条関係）

低体重児出生届

乳児	ふりがな 氏　　名				
	個人番号				
	現 在 地	〒 （電話　　）			
	出生場所 （医療機関名）	（電話　　）			
	出生日時	年　　月　　日　午前・午後　　時　　分			
	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	男・女
産婦	ふりがな 氏名及び年齢	（　　歳）			
	個人番号				
	居 住 地	〒			
	現 在 地 （居住地と異なる場合）	〒			
	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下さい。）				

母子保健法第18条に基づき、低体重児の出生を届出ます。

申請者住所　〒６７３－
三木市

本人との続柄

申 請 者 氏 名
（自署もしくは記名押印）

電話番号

年　　月　　日

三 木 市 長　　様

記載上の注意

- 「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。
  乳児が、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。
  産婦が、一時的に帰省している場合は、帰省先等を記入してください。

備考　低体重児とは、出生時の体重が2500g未満の乳児をいいます。

事務処理欄【対応者：　　】
《届出人》　申請者･代理人（　　）
《番号確認》　①乳児：個人番号カード･個人番号通知カード･なし
　②産婦：個人番号カード･個人番号通知カード･なし
《申請者確認》　1点：個人番号カード･運転免許証･パスポート　2点：健康保険証･年金手帳
《代理人確認》　1点：個人番号カード･運転免許証･パスポート　2点：健康保険証･年金手帳