

第2号様式（第5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	郵便番号 (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	g	cm	性別 男・女
産 婦	ふ り が な 氏 名 及 び 年 齢		個人 番号	
	住 所 地 ( 住 民 票 所 在 地 )	郵便番号		
	居 住 地 ( 住 所 地 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。)			
母子保健法第18条に基づき、低体重児の出生を届け出ます。 (宛先) 新居浜市長  年 月 日 届 出 者 郵便番号 住所 電話番号 氏名 乳児との関係				

記載上の注意

- ・「現在地」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。
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、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2,500g未満の乳児をいいます。

行政 記 入 欄	代理権確認	本人確認		番号確認
		1点確認 (写真付)	2点確認	
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他	<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 ( )	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し (個人番号付) <input type="checkbox"/> 職員名 ( )