

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	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		
	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下さい。)				

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。

年 月 日

届 出 者 住 所 郵便番号

電 話 番 号

氏 名

乳児との関係

(自署もしくは記名押印)

(宛先) 山武市長

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下さい。
- ・「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。

備考

- ・低体重児とは、出生時の体重が 2500 g 未満の乳児をいいます。