

江戸川区母子健康手帳番号取得申請書

江戸川区長

妊婦給付認定の資格を有するため、江戸川区母子健康手帳番号の取得申請をします。

1. 申請者の情報

		申請日	年 月 日				
ふりがな		生年月日	年 月 日				
氏名		職業					
個人番号		電話番号					
現住所	〒 _____						
妊娠届出日	年	月	日	出産予定日	年	月	日
妊娠届出日 時点の住所地	(現住所と異なる場合のみ記載)						

2. 妊娠に関して診断を受けた医師等の情報

医療機関の名称	
住所	
電話番号	
診断した医師の氏名	

妊娠中の身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談支援事業（伴走型相談支援）等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

署名
署名日 年 月 日