

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)	(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記入してください。)				
<p>母子保健法第18条に基づき、低体重児の出生を届出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届 出 者 住 所 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (自署もしくは記名押印)</p> <p style="text-align: center;">乳 児 と の 関 係</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">江戸川区長 殿</p>					

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」の欄は、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2500g未満の乳児をいいます。



低体重児出生届について

母子保健法第 18 条により、体重が 2,500 グラム未満の乳児が出生したときは、その保護者は現在地の区市町村に届出が必要になり、その低体重児出生届には、乳児と母親のマイナンバーの記載が必要になります。

マイナンバーを記入した書類等を提出する際には、なりすまし防止のため本人確認（正しい番号であることの「番号確認」と番号の正しい持ち主であることの「本人確認」）が義務付けられています。そのため、申請の際は右記番号確認書類と申請者の身元確認書類を持参くださいますようお願いいたします。

<p>個人番号カードを持っている場合</p> <p>「番号確認」と「本人確認」が個人番号カードで行えます</p> <p>番号確認 (個人番号カード裏面)</p>  <p>本人確認 (個人番号カード表面)</p> 	<p>個人番号カードを持っていない場合</p> <p>通知カード又はマイナンバー記載の住民票の写しで「番号確認」を行い、さらに運転免許証、パスポートなどで「本人確認」を行います</p> <p>番号確認 (通知カード又はマイナンバー記載の住民票)</p>  <p>本人確認 (運転免許証、パスポートなど)</p> 
---	---

○提出先

上記個人確認書類と身元確認書類を持参して、お近くの健康サポートセンターまでお越しください。

中央健康サポートセンター	住所：中央 4-24-19	☎5661-2467
小岩健康サポートセンター	住所：東小岩 3-23-3	☎3658-3171
東部健康サポートセンター	住所：瑞江 2-5-7	☎3678-6441
清新町健康サポートセンター	住所：清新町 1-3-11	☎3878-1221
葛西健康サポートセンター	住所：中葛西 3-10-1	☎3688-0154
鹿骨健康サポートセンター	住所：鹿骨 1-55-10	☎3678-8711
小松川健康サポートセンター	住所：小松川 3-6-1	☎3683-5531
なぎさ健康サポートセンター	住所：南葛西 7-1-27	☎5675-2515

※里帰り等で提出が困難な場合はお問合せください【お問合せ：母子保健係 TEL03-5661-2466】

◆新生児訪問のご案内◆

江戸川区では保健師や助産師がご自宅へお伺いし、赤ちゃんの成長や育児、お母さんの体調などに関する相談をお受けしています。対象は江戸川区にお住まいの生後4か月までの赤ちゃんとお母さんの方です。ぜひご利用ください。

新生児訪問の希望： 希望する 希望しない 申込み済 訪問済

※訪問を希望する場合は下記太枠内をご記入ください

赤ちゃんの 出生時の胸囲	cm	赤ちゃんの 出生時の頭囲	cm	お母さんの 生年月日	年 月 日
訪問希望場所		<input type="checkbox"/> 住民票所在地と同じ			
保健所記入欄	<input type="checkbox"/> 赤ちゃん訪問事業 <input type="checkbox"/> 保健師による新生児訪問 <input type="checkbox"/> 新生児訪問指導員による新生児訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()				

	サイン				