

2024年度 転入妊婦別冊交付申請書
太枠内は全て記入してください。(裏面もあります)

No.

No.^双発行場所： 駅・ウ・沼・本
時間： 時 分～ 時 分

妊婦マイナンバー (個人番号)

届出日： 令和 年 月 日

地域名

No.

届出者氏名：

続柄 () ()

ふりがな				国籍	日本 その他 ()	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
妊婦氏名	※入籍予定の方：新姓 ()					職業	主婦・会社員・公務員・自営業 パート・学生・無職・その他()		
※外国人 のかたへ	Q.日常会話について当てはまるものに○をつけてください。 1 日本語 2 日本語とその他 () 語 3 その他 () 語のみ								
住所 マンション・アパート 名もご記入下さい	柏市			居住地	(住所と異なる場合のみ記入)				
電話番号	携帯： 自宅：	婚姻 状況	<input type="checkbox"/> 入籍済み <input type="checkbox"/> 今後入籍予定 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 入籍予定なし <input type="checkbox"/> 未定						
ふりがな				続柄	本人・夫 パートナー・その他	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
世帯主						職業	主婦・会社員・公務員・自営業 パート・学生・無職・その他()		
電話番号	携帯：								
ふりがな				続柄	夫 パートナー・その他	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
子の父親						職業	会社員・公務員・自営業 パート・学生・無職・その他()		
電話番号	携帯：								
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	週	分娩予定 施設名	(都 道 府 県)				
妊娠経験	回目	流産 回	死産 回	中絶 回	過去の 分娩状況	異常なし・早産・帝王切開・その他 ()			
出産経験	無 ・ 有 (回)			現在お子さん は何人ですか	人 (歳)				
里帰り出産	無 ・ 有 ・ 未定			里帰り先 住所	様方				
診断を受けた 医療機関	(施設名)			(住所)	(医師または助産師名)				
健康診断	母子健康手帳交付年月日： 年 月 日付 () 市・区・町			健診受診回数：	回				
健康診断	(今回の妊娠がわかってから) 性病に関する血液検査			： 受けた ・ 受けていない					
健康診断	(今回の届出の1年以内) 結核に関する胸部レントゲン検査			： 受けた ・ 受けていない					
現在 もしくは これまでに かかったご病気 (有の方のみ お答え下さい)	① 結核 ② 高血圧 ③ 糖尿病 ④ 心臓病 ⑤ 腎臓病 ⑥ 甲状腺機能障害 ⑦ てんかん ⑧ 婦人科疾患 (子宮内膜症・子宮筋腫・卵巣嚢腫・その他()) ⑨ その他 ()								
これまで 精神科医師、 心療内科医師 などに 相談したこと	無 ・ 有	(有の方のみお答えください) ① うつ病 ② 双極性障害 ③ 不安障害 ④ パニック障害 ⑤ 適応障害 ⑥ 診断名無 ⑦ その他 () ____：①治療終了⇒(年前) ②受診中 ⇒(受診間隔： 回/ 週・月・年，服薬：有・無) ③治療自己中断⇒(年前) ____：①治療終了⇒(年前) ②受診中 ⇒(受診間隔： 回/ 週・月・年，服薬：有・無) ③治療自己中断⇒(年前) 上記かかりつけ医療機関名： () ()							

こころの健康チェック

①	過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？ 1 はい 2 いいえ
②	過去1か月の間に、物事することに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？ 1 はい 2 いいえ
③	過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありましたか？ 0 全くない 1 数日 2 半分以上 3 ほとんど毎日(どんなことで)
④	過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することをやめられない、または心配をコントロールできないようなことがありましたか？ 0 全くない 1 数日 2 半分以上 3 ほとんど毎日(どんなことで)

妊娠おめでとうございます。

柏市では妊娠届出時に、妊娠子育て中のお母さん・ご家族を支援するために『出産・子育て応援給付金事業』（「伴走型相談支援」及び「経済的支援」事業）を実施しています。つきましては、以下のアンケートへ回答をお願いしております。

なお、妊娠届出書やアンケートの内容について、子育て支援関係機関・医療機関・柏市民健康づくり推進員等と共有させていただく場合があります。

また、保健師・助産師が産前産後のご様子を伺うために電話連絡をさせていただく場合がありますのでご了承のほどお願い申し上げます。

私（届出者）は上記の内容『出産・子育て応援給付金事業』について同意しました。

サイン（届出者）：

前住所地での出産応援給付金の受け取りについて： 受け取っている 受け取っていない

※今回の妊娠についてお尋ねします。

① Q.自然妊娠ですか？（差し支えなければご記入ください。） 1 はい 2 いいえ	Q.今のあなた（妊婦本人）の体調はどうですか？（複数回答可） 1 良好 2 イライラする 3 疲れやすい 4 よく眠れない 5 つわり、気分が悪い 6 その他()
② Q.妊娠を知ったときの気持ちはいかがでしたか？ 1 うれしかった 2 予想外だがうれしかった 3 予想外だったので戸惑った 4 困った 5 特になんとも思わなかった 6 その他()	④ Q.心配事や困り事など、保健師へ相談したいことありますか？（複数回答可） 1 妊娠中の身体のこと 2 現在、経済的に困っている 3 夫・パートナーとの関係 4 出産や育児のこと 5 特になし 6 その他()
③ Q.相談できる人、サポートする人はいますか？ 1 いる 2 いない	⑤ 1 夫・パートナー 2 自分の親〔居住地： 〕 3 夫・パートナーの親〔居住地： 〕 4 兄弟姉妹 5 友人 6 その他()
⑥ 喫煙経験 1. なし 2. 妊娠してから禁煙 3. 喫煙している(本/日) 4. 以前喫煙していたが現在はやめた(年前)	
⑦ 家族の喫煙状況 1. なし 2. いる (夫・パートナー・その他：)	
⑧ 飲酒状況 1. 飲まない 2. 妊娠してから禁酒 3. 飲んでいる(週に〔 〕日・種類〔 〕・量〔 〕)	

【窓口職員記入欄】

来所者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 子(子) <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義母	サポート	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(誰)
事業手続きの案内 (該当する場合のみ)	<input type="checkbox"/> 情報提供：さわやかサービス / ファミリーサポート / 産後ケア / ママパパ / 低所得 / その他() <input type="checkbox"/> 償還払いの説明：実施 / 未実施 委任状TEL説明：実施 / 未実施 (必要時) 当課TEL説明：実施 / 未実施		
出産応援給付金	【申請書】 <input type="checkbox"/> 窓口交付 ・ <input type="checkbox"/> 後日 →		
	【後日面談日】 月 日 : (済・不在) 対応者: 月 日 : (済・不在) 対応者: 月 日 : (済・不在) 対応者: 【送付日】 月 日 送付者: (<input type="checkbox"/> かるて・台帳入力)		
確認	住基	有 ・ 無	番号確認 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード
	代理人来所 (本人以外)	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人記入持参	本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証
	母子手帳別冊	<input type="checkbox"/> A券切り取り	身元確認 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード(永住・定住・配偶者・その他) <input type="checkbox"/> 個人番号カード
	母子手帳(外国籍の方)	日本・外国(語)	<input type="checkbox"/> その他()
自由記載			

TN : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

HR : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9(番号) (9⑧該当理由)

送付日 (/) 窓口職員()

本人届出持参 PC 地・サ (月)