

## 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	令和 年 月 日 午前 時 分 午後			
	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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">五所川原市長</p> <p style="text-align: right;">届出者住所 郵便番号 電話番号 氏 名 (自署若しくは記名押印) 乳児との関係</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」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。