

(様式第1号) (第2条関係)

低体重児出生届

- お子さんの体重が2500g未満で生まれた場合は、この用紙で山ノ内町健康福祉課へ連絡してください。
- お子さんの名前が決まっていない場合は、お子さんの名前は未記入でも構いません。

乳 児	ふりがな 氏名		個人番号	
	出生場所	電話		
	出生日時	年 月 日	午前・午後	時 分
	在胎週数	週 日	単胎・多胎 ( 胎)	
	生まれたとき	体重 g	身長 cm	性別 男・女
	退院予定日	年 月 日		
産 婦	ふりがな 氏名	( ) 歳	個人番号	
	住 所	※住所と異なる場合 (帰省先など)  山ノ内町に戻られる予定 ( 月 日)		
	連絡先			
住 所	山ノ内町大字			
○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  (届出人) 住所 氏名 乳児との続柄				