

様式第 1 号（第 2 条関係）

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	午前 年 月 日 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	
	居 住 地 (住 民 票 所 在 地)	郵便番号			
	現 在 地 (居 住 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。)				
母子保健法第 18 条に基づき、低体重児の出生を届出ます。 年 月 日 申請者住所 郵便番号 電 話 番 号 申請者署名 乳児との関係 美深町長 様					

記載上の注意

- ・「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。
乳児が、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。
産婦が、一時的に帰省している場合は、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 2,500g 未満の乳児をいいます。