

# 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	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 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: center;">一戸町長 様</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。