

新旧対照表

現行

第 27 号様式

第27号様式(第36条)

妊 娠 届 出 書

年 月 日

(届出先)

横浜市長

住 所

届出者

氏 名

次のとおり妊娠の届出をします。

妊婦の個人番号														
妊 婦 氏 名				生年 月日	(年 月 日	歳)	職業						
住 所	(電話 —)													
妊 娠 月 数	満 週 (か月)													
性病に関する 健康診断の有無	受けた・受けない			結核に関する 健康診断の有無			受けた・受けない							
保 健 指 導 を 行 っ た 医 師 又は助産師の 住所及び氏名				医師、助産師の 別			医 師 助 産 師							

(注意) この届出書は、届出者の住所地を所管する福祉保健センターに提出してください。
(A4)

改正案

第 27 号様式

第 27 号様式 (第 36 条)

妊 娠 届 出 書

年 月 日

(届出先)

横浜市長

住 所

届 出 者

氏 名

※届出者が本人でない場合 総柄 ()

次のとおり妊娠の届出をします。

妊婦の個人番号														
ふ り が な														
妊 婦 氏 名														
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)					職 業								
住 所	(〒 —)													
電 話 番 号	(電話 —) (携帯 — —)													
妊 娠 月 数	満 週 (か月)					胎 児 の 数								
性病に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない			結核に関する 健康診断の有無			受けた・受けていない							
保 健 指 導 を 行 っ た 医 師 又は助産師の 住所及び氏名	医 療 機 関 名													
	医 療 機 関 の 住 所													
	診 察 し た 人 の 氏 名													
	医師、助産師の別					医師 助産師								
出産を予定している 医 療 機 関 名														

(A 4)

新旧対照表

現行

第 29 号様式

第29号様式(第39条第1項)

母子健康手帳再交付申請書

年 月 日

(申請先)
横浜市長

住 所
申請者
氏 名

母子健康手帳の再交付を受けたいので、母子保健法施行細則第39条第1項の規定により次のとおり申請します。

母子健康手帳の交付を受けた保健所名			
区 分	氏 名	年 齢	住 所
母			
子			
理 由			

(注意) この申請書は、申請者の居住地を所管する福祉保健センターに提出してください。
(A4)

改正案

第 29 号様式

第29号様式(第39条第1項)

母子健康手帳再交付申請書

年 月 日

(届出先)
横浜市長

住 所
届 出 者
氏 名
※届出者が本人でない場合 続柄 ()

母子健康手帳の再交付を受けたいので、母子保健法施行細則第39条第1項の規定により次のとおり申請します。

母子健康手帳の交付を受けた福祉保健センター	福祉保健センター	
母子健康手帳番号		
区分	ふりがな 氏 名	生 年 月 日
母		年 月 日生 (歳)
子		年 月 日生 (歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ (〒 —)	
電話番号	(電話 —) (携帯 — —)	
理 由		

(A4)

新旧対照表

現行

改正案

第 30 号様式

第30号様式(第40条)

妊 産 婦 等 異 動 届

年 月 日

(届出先)
横浜市長

住 所
届出者
氏 名

次のとおり異動がありましたので、母子健康手帳を添えて届け出ます。

1 異 動 事 項

変更前

変更後

2 理 由

(注意) この届出書は、届出者の住所地を所管する福祉保健センターに提出してください。

(A4)

第 30 号様式

第30号様式(第40条)

妊 産 婦 等 異 動 届

年 月 日

(届出先)
横浜市長

住 所
届 出 者
氏 名
※届出者が本人でない場合 続柄 ()

次のとおり異動がありましたので、母子健康手帳を添えて届け出ます。

1 妊 産 婦 及 び 子 の 情 報

区分	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	電 話 番 号
母		年 月 日生 (歳)	- -
子		年 月 日生 (歳)	

2 異 動 事 項

異 動 前 住 所	
異 動 後 住 所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ

(A4)