

年 月 日

西和賀町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 ()

西和賀町低体重児出生届

母子保健法第 18 条の規定により次のとおり届出します。

乳 児	ふりがな 氏 名		個人番号	
	現在地		電話	()
	出生日時	年 月 日	午前・午後	時 分
	出生場所 (医療機関名)			
	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	g c m	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)			
	居住地 (住所地と異なる場合)			
	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。)		

記載上の注意

- 1 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入して下さい。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。
- 2 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 3 「居住地」の欄は、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。
- 4 低体重児とは、出生時体重が 2,500 g 未満の乳児をいいます。