

低 体 重 児 出 生 届

※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。

※低体重児が産まれた時は、**保護者が光市健康増進課にこの用紙を提出**してください。

※マイナンバー制度の施行に伴い、**乳児及び産婦の個人番号（マイナンバー）の記載とそれに伴う身元確認が必要となります。**

乳 児	ふりがな 氏 名											
	個人番号 (マイナンバー)											
	出生場所 (医療機関名)											
	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					
	出生時の体重・身長	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 (マイナンバー)											
	現住所 (住民票所在地)	〒 光市										
	退院後の居住地 (上記と異なる場合)	〒										
	連絡可能な電話番号											
参 考 事 項	(妊娠・出産時の特記事項、医師からの指示事項、その他お子さんの事や育児の事など心配事があればご記入ください)											
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												
届出者住所 _____ 光市 _____												
氏名（自署もしくは記名押印） _____												
乳児との関係 _____												
光市長 様												

※お子さんの個人番号（マイナンバー）が不明な時は空欄でご提出ください。

市記入欄 個人番号カードまたは通知カード番号確認 身分証明書確認（写真なしは2点）