

低 体 重 児 出 生 届

乳 児	氏 名		個人番号	
	現 在 地 ^{※1}	〒 (電話番号)		
	出生場所 (医療機関名)	(電話番号)		
	出 生 日	令和 年 月 日	午前 午後	時 分
	在 胎 週 数 (妊 娠 期 間)	週 日	第 子、単体／多胎 (胎)	
	出生時の体重・身長	体重 身長	グラム センチ	性別 男 ・ 女
	退院 (予定) 日	令和 年 月 日 (予定) ・ 未定		
産 婦	氏名および年齢	()歳	個人番号	
	住所地 (住民票所在地)	〒		
	退院後の居住地 ^{※2} (上記と異なる場合)	〒 方		
	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。 令和 年 月 日 届出者住所 氏名 乳児との関係 電話番号 宇 部 市 長 様				

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ください。病院等に入院しているときは、その住所、もしくは施設名を記入してください。

※2「居住地」の欄は、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2500 g 未満の乳児をいいます。