様式第２号

低体重児出生届

赤ちゃんのこと	ふりがな	
	氏名	男　・　女
	個人番号	
	生まれたときのこと	年　月　日　体重　g 出生時の児の状況　正常　・　異常(　) 在胎期間　妊娠満　週　第　子 未熟児養育医療の適応　なし　・　あり ※双胎以上の場合　双胎　・　それ以上(　)
お母さんのこと	ふりがな	（　）歳
	氏名	年　月　日生
	個人番号	
	妊娠中の異常	なし　・　あり（　）
	お産のときまたはあとの異常	なし　・　あり（　）

お産したところ　病院　診療所　助産所　自宅　その他（　）

病院等の名称：〔　〕　立会人氏名：〔　〕

お産後（現在）居るところ　自宅　・　その他（　方）

住所

TEL

携帯

自宅に帰る時期　月　日頃

赤ちゃんのこと、育児のことなど相談したいことがあれば記入してください。

届出者	上記のとおり届け出ます。 年　月　日 住所（自宅） 氏名　続柄（　） TEL