

(宛先) 新潟市長

2 0 2 4

マイナンバー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

母子健康手帳 交付年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

ふりがな											
氏名											
生年月日	年	月	日	(歳)							
住所	新潟市 区										
	電話番号										
職業	新潟市に住民登録 をしていますか。 はい いいえ										
	有 無	勤務先名称 電話番号									

妊娠週数	満 週 (第 月)	
分娩予定日	年	月 日
今回の妊娠に関する健康診断について、各項目の該当するものに○を付けてください。		
性病	受けた	受けない
結核	受けた	受けない
備考	双胎などの場合この欄へ記入	

診断又は保健指導を行った医師又は助産師の住所・氏名等
住所
氏名
診断又は保健指導年月日 年 月 日

* 母子健康手帳の交付を受ける方へ *

- ★事前に二重線の枠内(マイナンバー・氏名など)と妊娠・子育てほっとステーション相談シートを記入のうえ、届出をしてください。
- ★コピーが必要な方は事前にコピーをとってから届出をしてください。職場で産前休暇の請求をするなどに妊娠届出書のコピーを求められることがあります。
- ★届出と同時に妊産婦医療費助成の申請を行うことができます。妊産婦医療費助成受給資格認定申請書を事前に記入のうえ、お越しください。
- ★交付時に新潟市の母子保健サービスや各種制度についての説明等を行います。手続きには、30分以上お時間がかかりますので、時間に余裕を持ってお越しください。

- | | |
|--------|--|
| 【交付場所】 | ●各区役所健康福祉課「妊娠・子育てほっとステーション」、各地域保健福祉センター |
| 【開庁時間】 | ●午前8時30分～午後5時30分(土・日・祝日・年末年始閉庁時を除く) |
| 【持ち物】 | ●妊婦本人が届出をする場合、①～③すべてが必要です。
① 妊娠届出書 (医師の診断日や署名等が記載されているもの)
② 妊婦のマイナンバー確認書類
・マイナンバーカード・通知カード等 1点
※マイナンバー確認書類をお持ちでない場合は、窓口でご相談ください。
※マイナンバーは災害時の被災者台帳の作成にのみ利用されます。
③ 妊婦の本人確認書類
・マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・官公署から発行された写真付のものであれば 1点
・健康保険証・官公署から発行された氏名・生年月日(または住所)が記載されたのものであれば 2点
●代理の方(夫など)が届出をする場合、上記①と②、下記④と⑤が必要です。
④代理権の確認書類(妊婦の健康保険証または委任状等) ※委任状は新潟市ホームページに掲載
⑤代理人の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等) |

【妊婦歯科健診について】 ※母子健康手帳の交付後に受けてください。

体調の良い時に受診し、お口の健康を保ちましょう。

集団健診(予約制、費用は無料)です。日程・会場・予約方法は新潟市ホームページをご覧ください。

新潟市ホームページ



新潟市に住民登録していない方は、母子健康手帳の交付のみとなり、母子保健サービス(妊婦健診の助成など)については住民登録している市町村で別途手続きが必要です。詳しくは住民登録している市町村にお問い合わせください。

妊娠・子育てほっとステーション相談シート

<妊婦の皆様へ>

新潟市では、安心して子育てができるように、妊娠中から妊婦さんの支援をしています。後日、保健師等がお電話をする場合がありますので、記入にご協力をお願いします。

妊婦さんの氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先（電話番号） 妊婦 _____（ ） 夫・パートナー _____（ ）

その他【続柄： _____】 _____（ ）

🍀 妊娠がわかった時の気持ちをお聞かせください

- 1 うれしかった
- 2 戸惑った
- 3 不安・困った
- 4 特に何も思わなかった

【具体的に】

🍀 現在の体調についてお聞かせください

該当するもの全てに○をつけてください。

吐き気 嘔吐 便秘 腰痛 頭痛
めまい お腹の張り 気分の落ち込み その他

【具体的に】

🍀 妊娠・出産について相談できる人はいますか

- 1 いる 該当する人全てに○をつけてください。
夫（パートナー） 実父 実母 義父 義母
きょうだい 友人 その他（ _____ ）
- 2 いない

🍀 今までに精神的なことでカウンセラーや心療内科医師などに相談したことがありますか

- 1 ない
- 2 ある

【具体的に】

🍀 出産後、育児に協力してくれる人はいますか

- 1 いる 該当する人全てに○をつけてください。
夫（パートナー） 実父 実母 義父 義母
きょうだい 友人 その他（ _____ ）
- 2 いない

🍀 心配・不安に思うことはありますか

- 1 ない
- 2 ある 該当するもの全てに○をつけてください。

健康状態 出産のこと 育児のこと 仕事
夫（パートナー）との関係 上の子のこと 家族
経済的なこと 入園のこと その他

【具体的に】

🍀 出産する病院は決めていますか

- 1 妊娠届出書記載の病院
- 2 上記以外の病院
(病院名： _____)
- 3 決めていない

🍀 産前・産後に里帰りの予定はありますか

- 1 ない
- 2 ある（里帰り先： _____ 区・市・町・村）
（予定期間： _____ 年 _____ 月頃～ _____ 年 _____ 月頃）
- 3 未定

🍀 その他、相談したいことがありましたらご記入ください

🍀 （お仕事をされている方へ）

育児休業を取得する予定はありますか

- 1 ない
- 2 ある（ _____ 年 _____ 月までの予定）
- 3 未定

☆にいがたスマイルギフト（出産応援ギフト）について☆

新潟市で妊娠をされた方々を応援し、出産育児関連用品の購入費などに役立ててもらうため、「にいがたスマイルギフト（出産応援ギフト）」の支給を行っています。

妊娠の届出時に助産師や保健師等の面談を受けた妊婦さんが、出産応援ギフトの申請をすることができます。妊娠届を代理の方がされる場合は、後日助産師や保健師が妊婦さんにお電話させていただきます。詳しくは新潟市ホームページをご覧ください。



下記太枠の中にご記入の上、妊娠届出書と一緒にご提出ください。

別記様式第1号(第4条関係)

妊産婦医療費助成 受給資格認定申請書

(宛先) 新潟市長

申請日 年 月 日

妊産婦医療費助成受給資格の認定を受けたいので、下記の事項に誓約・同意の上、次のとおり申請します。

助成対象期間	年 月 日 から 出産した日の属する月の翌月の末日 まで	受給者番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
連絡先 電話番号			
住所	新潟市		
出産予定日	年 月 日		

注 太線の枠内のみ記入してください。

【誓約・同意事項】

- 妊産婦医療費助成の認定要件の該当性等を審査等するため、新潟市が必要な住民基本台帳情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- 申請内容等に偽りがあった場合や変更、相違があり認定要件に該当しない場合には、速やかに受給者証を返却します。

【妊産婦医療費助成とは】

妊産婦が医療機関を受診した際の健康保険適用分の医療費のうち、下記一部負担金を支払うだけで医療機関等を受診できる制度です。※健康保険適用外、健診、予防接種費用、第三者行為については対象外
詳しくは市HPをご確認ください。

【一部負担金】

通院：1日530円（医療機関ごと、同じ月に4回まで必要。5回目以降は無料）
調剤薬局：0円（全額助成）
入院：1日1,200円（医療機関ごと）
※標準負担額減額認定証をお持ちの場合は食事療養費も助成します
訪問看護：1日250円



市HPはこちら↑

母子健康手帳番号

受付日

年 月 日