

(Mẫu đơn đăng ký gói chăm sóc trẻ em)

No

©Nội dung bạn điền vào được xem là thông tin cá nhân. Giấy báo này sẽ do Tòa thị chính quản lý và không được sử dụng cho các mục đích khác ngoài hỗ trợ việc mang thai, sinh con, nuôi dạy con trẻ.

©Vui lòng điền vào khung in đậm dưới đây. Ngoài ra, hãy trả lời vào bảng khảo sát về việc nuôi dạy con trẻ ở mặt sau.

個人番号

Phiên âm				Ngày tháng năm sinh		Tuổi		Nghề nghiệp	
Họ tên thai phụ									
		Đã kết hôn Chưa kết hôn (Dự định nhập tịch: Có / Không)		Ngày tháng năm					
Phiên âm				Ngày tháng năm sinh		Tuổi		Nghề nghiệp	
Họ tên chồng (hoặc người chung sống như vợ chồng)									
				Ngày tháng năm					
Nơi cư trú		Thành phố Hino				Số điện thoại			
						*Vui lòng nhập số điện thoại có thể liên lạc trong tuần này (từ 8:30 đến 17:00 các ngày trong tuần).			
						[Số điện thoại của thai phụ]			
		Người có quốc tịch nước ngoài vui lòng điền quốc tịch (				[Số điện thoại của người chồng , khác]			
Số tuần mang thai		Hiện mang thai được tuần		Ngày dự sinh		Ngày tháng năm		Có dự định trở về nhà mẹ đẻ để sinh nở không?	
								① Có ②Không ③Chưa quyết định	
Mang thai, sinh con trước đây		Số lần mang thai trước đây		①Không ②Có () lần		Số lần sinh con trước đây		① Không ② Có () lần	
Tình trạng mang thai		① Đơn thai ②Đa thai (thai)		Có từng d iều trị vô sinh không ① Có ②Không		Khám bệnh hoa liễu		① Đã khám ② Chưa khám	
						Khám bệnh lao		① Đã khám ② Chưa khám	
妊娠の診断を受けた医療機関について		医療機関住所				医療機関電話番号			
		Tên cơ sở y tế, v. v...				Họ tên bác sĩ hoặc nữ hộ sinh			
Tôi xin khai báo với nội dung như trên đến Ngày tháng năm									
Ông/Bà Thị trưởng thành phố Hino									
Họ tên người khai báo (Quan hệ:)									

[Cột xác nhận hạng mục người khai báo đã nhận]

- ☐ Số tay sức khỏe mẹ và bé 1 quyển Số tay mẹ và bé bản tiếng nước ngoài (Tiếng) ☐ Phiếu khám sức khỏe dành cho thai phụ (14 lần)
☐ Số tay mẹ và bé bản tiếng nước ngoài (Tiếng) ☐ Hướng dẫn kiểm tra siêu âm (4 lần)
☐ Con dấu xác nhận đã được thăm khám ☐ Phiếu kiểm tra ung thư cổ tử cung dành cho thai phụ (1 lần)
☐ 妊婦支援給付金の申請 (管理番号:) ☐ Phiếu kiểm tra sức khỏe nha khoa thai phụ (1 lần)
 ※妊娠6~8か月アンケート、電話番号使用の同意あり ☐ 新生児聴覚検査(1回分)

Tôi đã nhận hạng mục như trên Họ tên ()

※ 窓口に来た方が本人以外の場合、委任状が必要となりますので以下の欄にもご記入ください

giấy ủy quyền	
代理人	氏名
	住所
	本人との関係
委任者	氏名（妊産婦）
	住所

個人番号の提供を伴うこの届出について、左記のものを私の代理人として定め、その権限を委任します

【市確認欄】

- ☐
- 住基確認

本人確認	1点	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ その他 ()	【☆】	【確認番号】 1. E 2. 地 3. T 4. 赤
	2点	☐ 保険証 ☐ クレジットカード ☐ 各種医療証 ☐ 住民票の写し ☐ 学生証、社員証 ☐ 公共料金の領収書 ☐ その他 ()		
個人番号確認		☐ 個人番号カード ☐ 住民票の写し ☐ 市で個人番号確認、了承		