

新宿区妊婦のための支援給付事業認定用診断書

支 給 対 象 者	
フリガナ	
氏 名	
住 所	
生年月日	

診 断			
胎児心拍確認日	年	月	日
心拍が認められた胎児数	1	2	()
流産等の種類	流産	死産	人工妊娠中絶
流産等を確認した日	年	月	日

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

〈 医療機関の方へ 〉

国の推奨様式の内容を満たす診断書であれば、様式は問いません。

(問合せ先) 新宿区健康部健康づくり課健康づくり推進係 TEL : 03-5273-3047 FAX : 03-5273-3930