

妊婦のための支援給付申請書

中川町長 様

市町村
受付印妊婦のための支援給付の支給（☐1回目・☐2回目）を申請します。

1. 申請者（妊娠の届け出をした妊婦のお名前）

ふりがな			申請年月日
氏名			年 月 日
現住所			
連絡先			
妊娠届けの日	年 月 日	予定日	年 月 日
妊娠している子どもの人数	☐ 1人 ☐ （人）		
(2回目の申請の方は下記に日程を記入してください)		(2回目の申請の方は下記に日程を記入してください)	
妊娠後期面談日	年 月 日	出生届けの日	年 月 日

2. 振込口座

金融機関	信用金庫 銀行・組合			本店 支店・支所
種別	普通・当座	口座番号		
(フリガナ) 口座名義人				

- ☐他の自治体で、妊婦による支援給付等の支給を受けていません。
- ☐関係部署及び関係機関に必要な情報を確認することに同意します。
- ☐妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状態や妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談事業で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）について、必要な情報を共有することに同意します。
- ☐給付金等支給後に申請内容に虚偽又は二重支給が発覚した場合には、給付金を返還します。

年 月 日

署名