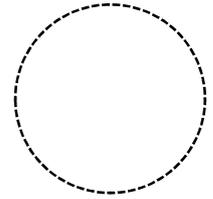


妊婦給付認定および胎児の数 申請書



つがる市長

妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定および胎児の数の申請をします。

1. 申請者の情報

		申請日	年	月	日
ふりがな		年齢		職業	
氏名					
個人番号		電話番号			
現住所	〒				
居住地	(現住所と異なる場合のみ記載)				

2. 妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報

医療機関の名称	
住所	
電話番号	
診断した医師の氏名	

3. 妊婦支援給付金の支給（1回目）

妊婦支援給付金（1回目）の支給（5万円）を

希望します。



他の市町村で、1回目の支給（5万円）を受けていません。

※ 妊婦支援給付金の支給状況などについて、他の市町村に確認することがあります。

裏面あり

4. 胎児の数： _____人

5. 妊婦支援給付金の支給（2回目）

妊婦支援給付金（2回目）の支給（胎児の数×5万円）を

希望します。



他の市町村で、2回目の支給（胎児の数×5万円）を受けていません。

※ 妊婦支援給付金の支給状況などについて、他の市町村に確認することがあります。

6. 振込先口座

金融機関名		本・支店名		金融機関コード				支店コード		
銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協		本・支店								
		本・支所 出張所								
口座種別	口座番号(右詰で記入)						口座名義(カタカナ)			
1 普通・2 当座										

7. その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後につがる市外に転出した場合にはつがる市の妊婦支援給付認定は取り消されます。転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。

身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な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について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

署名 _____

署名日 年 月 日