

本巢市妊婦のための支援給付金申請書兼請求書
(給付要綱第3条第1項の妊婦のための支援給付金)

年 月 日

本巢市長 様

関係書類を添えて下記のとおり妊婦のための支援給付金の受給資格の認定申請、給付金の申請及び請求します。

なお、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、必要に応じて市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談支援事業等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）や他の自治体での妊婦のための支援給付金の支給状況等について、相互に確認・共有することに同意します。

また、他市町村へ転出した場合は、妊婦給付認定が自動的に取り消され、転出先で妊婦給付認定の申請を行う必要があることに了承します。

申請者(妊婦)氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日																
		個人番号																	
以下、申告文をよく読み、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 私は、妊娠届出書の内容をもって子ども・子育て支援法の第10条の9第1項に基づく妊婦のための支援給付を受ける資格を有すること及び認定を求めることについて申告します。																			
現 住 所	〒 ー 本巢市 電話番号 ()																		
妊 娠 届 出 日	年 月 日																		
妊 娠 届 出 日 時 点 の 氏 名 と 住 所 (妊娠届出時と異なる 場合のみ記載)	ふりがな																		
	氏名(妊婦)																		
住所																			
妊婦のための支援給 付金支給希望の有無 (該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> する)	妊婦のための支援給付金(妊娠1回につき5万円相当)の支給を <input type="checkbox"/> 希望します。 他の自治体で同様の給付金の支給を受けていません。 <input type="checkbox"/> 希望しません。 ※振込先の記載は不要です。 <input type="checkbox"/> 他の自治体で同様の給付金の支給を受けました。 給付元市町村名 ()																		
振 込 先	金 融 機 関 名		銀行・金庫 信組・農協										本店・支店 支所・出張所						
	預 金 種 別 (該当する方を囲む)		普 通 当 座	ふ り が な 口 座 名 義 人 (申請者本人名義)															
	口 座 番 号		(左詰で記入)																
	ゆうちょ銀行 (記号-番号)		ー																

※添付書類:①妊婦の本人確認書類等 ②口座名義、口座番号が確認できる通帳やキャッシュカード等の写し。ただし、①・②を目視で確認できる場合は添付不要。

【本巢市処理欄】

確認した場合は <input checked="" type="checkbox"/> または記載する <input type="checkbox"/> 面接日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 本人確認書類の確認済み <input type="checkbox"/> 面接者 ()	承認・不承認 決定年月日	年 月 日	(受付印及び受付日)
	支給決定額	金 円	