

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2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を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な場合には、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。

申請者（妊産婦）氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
申請者の住所地	〒 ー 電話番号 () 本巢市		
当該妊娠の出産予定日	年 月 日	出生日	年 月 日
胎児または出生児の人数	胎児数 (流産・死産数を含みます)	人	出生児数 人
対象児氏名 (複数人の場合は全員)	(出生児数に記載がある場合のみ記載)		
当該妊娠に関して胎児の数の確認を受けた医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号 ()		
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☑する)	妊婦のための支援給付金(胎児または出生児1人につき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 本店・支店 信組・農協 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)	-	

※添付書類：①申請者の本人確認書類等、②当該妊娠に関して妊娠届出時に交付された母子健康手帳すべて、③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、①～③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☑または記載する <input type="checkbox"/> 本人確認書類の確認済み <input type="checkbox"/> 受付者 ()	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	