

クーポン券 No

No.

~No.

昭和町出産応援ギフト申請書

(出産・子育て応援給付金による出産応援ギフト)

年 月 日

昭和町長

妊婦氏名： _____

現住所：昭和町 _____

連絡先 _____ () _____

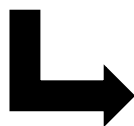
妊娠届出日(母子手帳交付日)： _____ 年 _____ 月 _____ 日

出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠届出時点の住所地(現住所と異なる場合のみ記載)

出産応援ギフトの支給(妊婦1人につき5万円相当)を

希望します



他の自治体で、出産・子育て応援給付金による出産応援ギフトの支給を受けていません。

※出産応援ギフトとの支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

希望しません

妊娠期からの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、市町村、医療機関、相談支援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、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や『昭和町出産・子育て応援プランノート』内容等)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。

ギフト券を受け取りました。

署 名 _____

町受付印