様式第1号(第4条関係)

昭和町妊婦のための支援給付事業 妊婦給付認定申請書

昭和町
受付印

昭和町長様

昭和町妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定の申請をします。

1．申請者の情報

		申請日	年　月　日
ふりがな 氏　名		生年月日	年　月　日
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）		
妊娠届出時の住所	（現住所と異なる場合のみ記載）		
妊娠届出日	年　月　日	申請日時点の妊娠週数	妊娠　週（　カ月）

※妊娠週数は、既に出産や流産している場合は、それらが確認された日を記載してください。

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			
妊娠を診断した医師名			
□医療機関にて胎児の心拍を確認しました		胎児心拍確認日	年　月　日

裏面あり

３．妊婦支援給付金の支給

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。

□　既に他市町村で１回目の支給（５万円）の支給を受けています。
（支給市町村名：　　）

□　希望しません。

４．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	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） ※注意：必ず妊婦名義の口座を記入
１ 普通 ・ ２ 当座		

職員確認欄

５．その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に昭和町外に転出した場合には昭和町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。

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『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。

署　名

署名日　　年　　月　　日