

妊婦給付認定申請書兼胎児の数の届出書

大東市長 様



妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定及び胎児の数の届け出の申請をします。

1. 申請者の情報

												申請日			年	月	日
ふりがな													生年月日	年 月 日			
氏 名																	
													年齢				
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. 妊娠に関して診断を受けた医師等の情報

医療機関の名称															
住所															
電話番号															
診断した医師の氏名															

産科医療機関で流産・死産等の事実が確認された年月日： 年 月 日

※病院等からの診断書のコピーも添付してください。

裏面あり

3. 妊婦支援給付金の支給

①妊婦支援給付金（前半分）の支給（妊婦1人につき5万円）を

☐ 希望します。



☐ 他の市町村で、前半分の支給（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。

☐ 希望しません。

②妊婦支援給付金（後半分）の支給（胎児の数×5万円）を

☐ 希望します。



☐ 他の市町村で、後半分の支給（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。

☐ 希望しません。

4. 胎児の数: _____人

5. 振込先口座

※振込指定口座は妊婦本人名義の口座に限ります。

※口座情報を確認できる通帳のコピーを添付してください。

金融機関名(ゆうちょ銀行以外)	支店名	分類	口座番号						
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信濃連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所	1. 普通 2. 当座							
口座名義人(カナ)									

ゆうちょ銀行	通帳記号(6桁目があれば※欄に記入)					通帳番号								
預金通帳の見開き左上またはキャッシュカードの記号・番号をお書きください。	1				0	※								
口座名義人(カナ)														

※支給にあたり、下記について同意が必要になります。

妊娠期から子育て期にわたる切れ目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・産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、アンケート結果等）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。

また、当該給付金の支給後、本申請書の支給要件に該当しないことが判明した際（虚偽申請、他市との重複支給等）には当該給付金を返還します。

署 名 _____

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○記入漏れがないかご確認ください。（記入漏れがあった場合はこちらからご連絡させていただくことがあります）

○記入にあたり、ご不明点等ございましたら、ネウボランドだいとうまでお問い合わせください。

(☎ 072-874-2766・67)