

府中町長

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。

|                          |  |                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |   |  |    |  |      |  |    |  |  |  |
|--------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|---|--|----|--|------|--|----|--|--|--|
|                          |  |                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請日  |  |   |  | 年  |  | 月    |  | 日  |  |  |  |
| ふりがな                     |  |                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年齢   |  |   |  | 職業 |  |      |  |    |  |  |  |
| 氏名                       |  |                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |   |  |    |  |      |  |    |  |  |  |
| 個人番号                     |  | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |   |  |    |  |      |  |    |  |  |  |
| 現住所                      |  | 〒                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |   |  |    |  |      |  |    |  |  |  |
|                          |  |                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |   |  |    |  |      |  |    |  |  |  |
| 居住地                      |  | (現住所と異なる場合のみ記載)                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |   |  |    |  |      |  |    |  |  |  |
| 妊娠届出日                    |  | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年    |  | 月 |  | 日  |  | 妊娠月数 |  | か月 |  |  |  |
| 妊娠届出日<br>時点の住所地          |  | (現住所と異なる場合のみ記載)                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |   |  |    |  |      |  |    |  |  |  |
| 妊娠の診断、保健指導を受けた医師又は助産師の氏名 |  |                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |   |  |    |  |      |  |    |  |  |  |

## 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 |  |
|---------|--|

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。)
- ☐ 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: )
- ☐ 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<br>信用組合・農協・漁協 |  |             |  | 本・支店<br>本・支所<br>出張所 |  |  |  |            |  |  |  |       |  |  |  |
| 口座種別                  |  | 口座番号(右詰で記入) |  |                     |  |  |  | 口座名義(カタカナ) |  |  |  |       |  |  |  |
| 1 普通 ・ 2 当座           |  |             |  |                     |  |  |  |            |  |  |  |       |  |  |  |

裏面あり

## 5. その他

子ども・子育て支援法第10条の10の規定に基づき、妊婦給付認定後に府中町外に転出した場合には府中町の妊婦支援給付認定は取り消されます。取消により府中町から支給を受けていない妊婦支援給付金がある場合には、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。

**妊婦支援給付金の受給にあたり、次の1～5に誓約・同意される場合は、署名日及び署名に記入してください。記入がない場合は、妊婦支援給付金を受け取ることはできません。**

- 1 妊娠中の身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な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（伴走型相談支援）等で活用するアンケート結果等）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。
- 2 受給資格の確認に当たり、公簿等での確認や医療機関及び他の市町村への確認を行うことに同意します。
- 3 町が支給決定をした後、申請書の記入誤り等の事由により振り込みが完了せず、かつ、支給決定日から1か月以内に、町が申請者に連絡・確認できない場合には、町は当該申請が取り下げられたものとみなすことに同意します。
- 4 偽りその他の不正行為により、本給付金を受給した場合には、本給付金相当額を返還します。
- 5 産科医療機関などで胎児の心拍を確認しました。

署名日                      年      月      日                      署名

### 【 郵送の場合 】      申請者の本人確認書類

- ・マイナンバーカード（顔写真のある面）のコピー
- ・運転免許証のコピー    等

**必ず貼り付けてください**

※氏名や住所の変更がある場合は、変更がわかる面のコピーも貼り付けをお願いします。

### 【 郵送の場合 】      申請者の本人の口座確認書類

- ・通帳（口座名義人・口座番号が書かれた部分）
- ・キャッシュカードのコピー    等

**必ず貼り付けてください**

【窓口】 原本確認者：                      確認書類： ☐ マイナンバー    ☐ 運転    ☐ （                      ）

住民票    有    ・    無

支給決定    可    ・    否