

加須市妊婦給付認定申請書

加須市長 様



以下の通り、妊婦給付認定及び妊婦支援給付金(1回目)を申請します。

1. 申請者の情報

										申請日 年 月 日															
ふりがな														年齢				職業							
氏 名																									
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)																							
妊娠届出日		年						月						日						妊娠月数		か月			
妊娠届出日 時点の住所地		(現住所と異なる場合のみ記載)																							

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	
診断した医師の氏名	

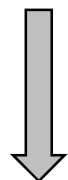
裏面あり

3. 加須市妊婦支援給付金(1回目)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

☐ 希望しません



☐ 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。

☐ マイナンバーに登録した公金受取口座への入金を希望します(①)

☐ 以下の口座への入金を希望します(②)

金融機関名			支店名	
金融機関コード			支店コード	
分類	1 普通	2 当座	口座番号	
フリガナ				
口座名義人				

☐ 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:)

5. その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に加須市外に転出した場合には加須市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。

また、虚偽の申告等により不正に給付金を受け取った場合は、費用の一部または全額の返還を求める場合があります。

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な場合には、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。

署 名

署名日 年 月 日