

妊婦給付認定申請書 兼 胎児の数の届出書

加古川市長

加古川市
受付印

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		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	妊娠週(月)数	満週(第月)
妊娠届出日 時点の住所地	(現住所と異なる場合のみ記載)				

※妊娠週(月)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すること。

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	

3. 妊婦支援給付金(1回目)の支給

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:)

希望しません

裏面あり

4. 胎児の数： _____人

5. 妊娠に関して胎児の数の確認を受けた医師等の情報

「2.妊娠に関して診断を受けた医師等の情報」と同じ

※異なる場合は記入

医療機関の名称	
住所	
電話番号	
診断した医師の氏名	

6. 妊婦支援給付金（2回目）の支給

希望します。



他の市町村で、2回目の支給（胎児の数×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

7. 振込先口座

口座名義 (カタカナ)								口座種別	1 普通・2 当座					
いずれか一つをご記入ください	ゆうちょ銀行以外	金融機関名						本・支店名						
		銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協						本・支店 本・支所 出張所						
		金融機関コード			支店コード			口座番号(右詰で記入)						
ゆうちょ銀行	金融機関コード 9900	記号						番号						

8. その他

子ども・子育て支援法第10条の10の規定に基づき、妊婦給付認定後に加古川市外に転出した場合には加古川市の妊婦支援給付認定は取消されます。取消により加古川市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