



出産応援給付金 申請書

(出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト)

申請先: 双葉町長

私は下記誓約・同意事項を承諾のうえ、必要な書類を添えて「給付金(出産応援給付金)」を申請します。

1.申請・請求者等(※妊婦ご本人のみ)

記入日	令和 年 月 日
-----	----------

(フリガナ)	生年月日	住 所(双葉町)
申請・請求者 氏名	昭和・平成	住 所(避難先)
	年 月 日	
妊娠届出日	TEL(携帯)	
令和 年 月 日		
妊娠の診断を受けた産科等医療機関の名称	医療機関の所在地 (都府 道県 市町 区村)	

2.出産応援給付金の支給(妊婦1名あたり5万円)を

希望します 希望しません

※出産・子育て応援ギフトなどの支給状況等について、他の自治体に確認することがあります

希望しません ※ を記入してください

3.振込口座(※申請者名義のもの)

金融機関名		支店名	種類	口座番号 (右詰めでお書きください。)						口座名義 (カタカナ)
金融機関コード	1.銀行	本店 支店 支所 出張所	普通							
	2.金庫									
	3.信組									
	4.信連	支店コード								

4.誓約・同意事項

1.出産応援給付金(以下「給付金」という。)の支給要件に該当します。

2.給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、双葉町が必要な住民基本台帳情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を、産科等医療機関や他の行政機関等に 求める・提供することに同意します。また、公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

3.この申請書は、双葉町において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。

4.双葉町が支給決定をした後、申請書(請求書)の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、申請者に連絡・確認できない場合に、給付金が支給されないことに同意します。

5.給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

6.妊娠期から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、伴走型相談支援の内容等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等)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。

署名日 令和 年 月 日 署名 _____



【申請添付書類貼付け欄】

①『申請者本人確認書類の写し(コピー)』

※ 申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)を貼り付けてください。

貼付け欄

②『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』

※ 通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)を貼り付けてください。

貼付け欄