

妊婦給付認定申請書
(出産応援ギフト)



双葉町長 様

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

		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	〒 双葉町大字					
居住地 (避難先)	〒					
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入)					

※妊娠月数は、すで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してください。

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・ 診断した医師の氏名	(医療機関) (医師の氏名)
住所	〒
電話番号	

3. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金(1回目)の支給(5万円)を

☐ 希望します



☐ 他の市町村で、1回目の給付(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

☐ 既にほかの市町村で1回目の給付を受けています (支給市町村:)

☐ 希望しません

↓ 裏面があります

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 信用組合・農協		本・支店 出張所								
口座種別		口座番号(右詰めで記入)				口座名義人(カタカナ)				
1. 普通 2. 当座										

※ 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)を添付してください。

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、妊婦給付認定後に双葉町外に転出した場合には双葉町の妊婦支援給付認定は取消されます。取消により双葉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信状況、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