

妊婦給付認定申請書

天栄村長 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. 申請者の情報

		申請日 年 月 日	
ふりがな		電話番号	
氏 名			
現 住 所	〒 ー 天栄村大字 字		
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	

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。

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・信金 組合・農協		本店 支店								
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										

【添付書類】

☐ 申請者本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカードなど）

☐ 受取口座を確認できる書類の写し（通帳やキャッシュカードの写し）

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、妊婦給付認定後に村外に転出した場合には天栄村の妊婦支援給付認定は取消されます。取消により天栄村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