

妊婦給付認定申請書兼胎児の数の届出書

津市長

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	ツシ ハナコ		年齢	35	職業	会社員
氏 名	津市 花子					
個人番号			電話番号	059-229-3155		
現 住 所	〒 514-8611					
	津市西丸之内23番1号					
居 住 地	(現住所と異なる場合のみ記載)					
流産等が確認された日	令和○ 年 ○ 月 ○ 日					

2. 胎児の数： 1 人

3. 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	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 8 9
診断した医師の氏名	○○○○○○○○○○

4. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（1回目：5万円）と（2回目：胎児の数×5万円）の支給を

☒ 希望します。



☒ 他の市町村で、1・2回目の支給を受けていません。

※ 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。

5. 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		
〇〇〇 銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協		〇〇〇 本・支店 本・支所 出張所		1	2	3	4	1	2	3
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	1	2	3	4	5	6	7	ツシ ハナコ		

振込先口座のわかる書類を右の二次元コードから提出してください。



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 津市 花子

署名日 令和〇 年 〇 月 〇 日