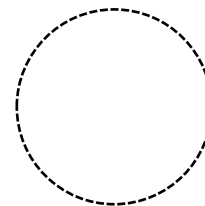


妊婦給付認定申請書

清瀬市長



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（妊婦）の情報

		申請日		年	月	日
ふりがな		生年月日	年	月	日	
氏名		年齢	年齢（ ）			
個人番号		職業				
現住所	〒 電話番号					
居住地	(現住所と異なる場合のみ記載)					
妊娠届出日 (母子健康手帳交付日)		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)					

※妊娠月数は、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. 妊娠に関して診療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	

※裏面があります

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。



☐ 他の自治体で、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、他の自治体に確認することがあります。

☐ 既に他の自治体で1回目の支給（5万円）を受けています。

（支給自治体： ）

☐ ギフトカードの交付を希望します。

☐ 希望しません。

4. 振込先口座（妊婦名義）

口座名義など変更しますと振込できません。ご注意ください。

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 漁協		本・支店 本・支所 出張所									
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											

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、妊婦給付認定後に清瀬市外に転出した場合には清瀬市の妊婦支援給付認定は取り消されます。取消により清瀬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、転入先の自治体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、自治体、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。

また、申請に疑義がある場合、記載の医療機関に照会を行うことに同意します。

署 名

署名日 年 月 日