

妊婦給付認定申請兼胎児の数の届出書

島本町長 様

妊婦給付認定の資格を有するため、【誓約・同意事項】に誓約・同意のうえ、次のとおり妊婦給付認定の申請及び胎児の数の届出（妊婦支援給付金支給申請含む）をします。

【誓約・同意事項】

- ・令和7年4月1日以降で、妊娠期間中において国内に住民票がありました。
- ・産科医療機関等を受診し、医師による妊娠の事実の確認（胎児心拍の確認）を受けました。
- ・妊婦のための支援給付金支給時の通知書を郵送することに同意します。
- ・妊娠中の身体的、精神的及び経済的な負担の軽減と、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない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。
- ・子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に島本町外に転出した場合には島本町の妊婦支援給付認定を取り消されることに同意します。（転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、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。）

本申し立ての内容に相違ありません。

署名 _____

1. 届出者（申請者）の情報

		申請日	年	月	日
ふりがな		年齢		職業	
氏名		生年月日	年	月	日
個人番号		電話番号			
現住所	〒				
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. 胎児の数： _____人

3. 妊娠に関して診療を受けている（受けていた）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	

4. 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。

希望しません。（他市町村で受給済み、出産応援給付金受給済を含む）

妊婦支援給付金（2回目）の支給（胎児の数×5万円）を

希望します。



他の市町村で、2回目の支給（胎児の数×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。

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		
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									

職員記入欄 母子健康手帳番号（ ） 転入

①番号確認書類	②本人確認書類		③振込口座
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号付き) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 顔写真付きいずれか1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> B.顔写真なしいずれか2点 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 振込口座確認
<input type="checkbox"/> 出産後申請: 児生年月日 () <input type="checkbox"/> 出産前申請: 予定日 () <input type="checkbox"/> 流産・死産等医療機関確認日()			<input type="checkbox"/> 個人番号システム上 確認 (担当:)