

第1号様式（第2条関係）

南大隅町妊婦支援給付認定兼給付金（1回目）申請書

南大隅町長

妊婦支援給付認定の資格を有するため妊婦支援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										年齢			職業						
氏名																			
個人番号										電話番号									
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 点での住所地		(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. 妊娠に関して診断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															

裏面あり

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。

(支給市町村名:)

- ☐
- 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・信用金庫 信用組合・農協・漁協		本店・支店 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）						
Ⅰ 普通 ・ Ⅱ 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、妊婦支援給付認定後に南大隅町外に転出した場合は南大隅町の妊婦支援給付認定は取り消されます。取り消しにより南大隅町から支給を受けていない妊婦支援給付金がある場合は、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。

妊娠中の総合的な支援に必要となる場合には、庁内関係部署・他市町村・医療機関等の連携機関が把握した情報(例:住民票情報、他市町村での認定情報、妊娠状況、妊婦健康診査受診状況、妊婦包括相談支援事業等で活用するアンケート等)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	