

胎児の数の届出書

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

1. 今回の届出は、出産予定日の8週間前の日から2年以内ですか？

☐ はい  「2」以降をご記入ください。

☐ いいえ  本給付の対象外です。

2. 届出者の情報

		申請日	年	月	日
ふりがな		年齢		職業	
氏 名					
電話番号					
現住所	〒				

3. 胎児の数：_____人

4. 妊娠に関して胎児の数の確認を受けた医療機関の情報

医 療 機 関 の 名 称	
---------------	--

5. 妊婦支援給付金の支給 ※いずれかに✓を入れてください。

妊婦支援給付金（2回目）の支給（胎児の数×5万円）を

① ☐ 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。

② ☐ 希望しません。

裏面あり

6. 振込先口座

※妊婦の口座に限ります。※「5」で①を選択した人のみご記入ください。

金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合・農協・漁協							本店・支店 本所・支所 出張所	
	金融機関コード					支店コード			
預 金 種 別	普通 ・ 当座								
口 座 番 号									
フリガナ									
口 座 名 義 人									
口 座 名 義 人 が 旧 姓 の 場 合	口座の名義人が旧姓である場合は、現在の姓で署名をしてください。 署名 _____ 署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日								

7. その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に美濃加茂市外に転出した場合には美濃加茂市妊婦給付認定は取り消されます。転出後に妊婦支援給付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。

- ☐ 届出者の身体的、精神的及び経済的な負担軽減のための総合的な支援が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（届出者の心身の健康の状態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。
- ☐ 妊婦支援給付金の支給状況や妊娠の届出に関することなどを他の自治体や医療機関に確認することに同意します。
- ☐ 妊婦支援給付金支給後、本申請書の記載事項について虚偽があることが判明した場合や二重支給が発覚した場合には、本給付金を返還します。

以上すべての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

署 名 _____

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【添付書類】

- ☐ 振込先口座を確認できる書類の写し（コピー）1部・・・「5」で①を選択した人のみ
※通帳やキャッシュカードなど、金融機関名・口座番号・口座名義人が確認できる部分
- ☐ 申請・請求者の本人確認書類の写し（コピー）1部
※申請・請求者の運転免許証、マイナンバーカード（表面）、在留カード、パスポートのいずれかで、氏名・生年月日が確認できる部分