様式第５号（第８条関係）

夕張市胎児の数の届出書兼給付金（２回目）請求書

　　年　　月　　日

夕張市長　　様

　　以下の事項について同意し、下記のとおり届出します。

【同意事項】

・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、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等について、他市町村に確認する場合があります。

１.届出者の情報（妊婦ご本人）、胎児の数



２.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 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診断した医師の氏名 |  |

３.妊婦支援給付金の支給

　妊婦支援給付金（２回目）の支給（胎児の数×５万円）を

* 他の市町村で、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等について、他市町村に確認することがあります。

* 希望します。
* 希望しません。

４.振込先口座（申請者本人名義口座）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行・組合信用金庫　 | 本店　　　　　支店・支所　　 |
| 種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)口座名義人 | 　 |
| 　 |

５.添付書類

・申請者の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード等）

・振込先の口座情報が確認できる書類等の写し（金融機関名・口座番号・口座名義人（カナ）がわかる通帳、キャッシュカード等）

・母子健康手帳の写し

・母子健康手帳未発行の場合は、医師が胎児の数を確認したことがわかる診断書等