

出産応援給付金申請書

(出産・子育て応援給付金による出産応援給付金)

様似町
受付印

様似町長

お名前

現住所

連絡先

()

妊娠届出日 年 月 日

妊娠届出日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)

出産応援給付金の支給 (妊婦 1 人につき 5 万円相当) を

希望します。

他の自治体で、出産・子育て応援交付金による出産応援給付金の支給を受けていません。

※ 出産応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。

希望しません。

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない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、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等) 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 年 月 日

【お問い合わせ先】

様似町 保健福祉課

電話番号：0146-36-5511

〒 058-0014 様似町大通2丁目98番地の2

申請手続きについて

【申請時（妊娠届出時）に必要な書類をお持ちください。】

1. 出産応援給付金申請書

2. 申請者（妊産婦）本人確認書類

官公署発行の顔写真付本人確認書類

旅券（パスポート）、運転免許証、マイナンバーカード、外国人登録証明書など

※官公署発行の顔写真付本人確認書類がない場合は、健康保険証と年金手帳や社員証など、2つの本人確認資料が必要です。

3. 振込先金融機関口座確認

金融機関名、口座番号、口座名義人がわかる通帳、キャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し

以下の口座への振り込みを希望する。

受取金融機関名： _____

支店名： _____

受取口座番号：

--	--	--	--	--	--	--

受取口座名： _____

マイナンバー 公金受取口座への振り込みを希望する。

【お問い合わせ先】

様似町 保健福祉課

電話番号：0146-36-5511

〒058-0014 様似町大通2丁目98番地の2