

胎児の数の届出兼給付認定申請書

様似町長 様

1. 申請者の情報

		申請日	年	月	日
ふりがな		生年月日			
氏名		年	月	日	
		電話番号			
現住所	〒				
胎児の数	_____人				
妊娠に関して、胎児の数の確認を受けた医療機関	(医療機関の名称 : _____)				

2. 妊婦支援給付金の支給

第2回目の妊婦支援給付金の支給（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（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。

既に他市町村で2回目の支給（5万円）を受けています。（市町村 : _____）

希望しません。

3. 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												

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に様似町外に転出した場合には様似町の妊婦支援給付認定は取り消されます。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。