**大間町妊婦支援給付金申請書**

大間町長　殿

申請日　　　　　　　年　　　月　　　日

妊婦氏名

（個人番号：　　　　　　　　　　　　）

住所

連絡先　　　　　（　　　　）

（申請する項目等にチェックしてください）

**□ 大間町妊婦支援給付金支給要綱に基づき、妊婦給付認定及び１回目給付の申請をします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 妊娠に関して診療を受けている医療機関名 | 診断した医師名 |
| （住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

**申請額　　５０，０００円**

**□ 大間町妊婦支援給付金支給要綱に基づき、２回目給付の申請をします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在通院している、または出産した医療機関名 | 胎児の数 |
| （住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 人 |

**申請額　　　　　　　　円**（胎児の数×50,000円）

**□他の自治体で、妊婦のための支援給付を受けていません。**

※支給状況等について、他の自治体に確認することがあります。

**【振込先】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行  金庫・組合  農協・漁協 | | 本店・支店  出張所・支所 | | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

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、町、医療機関等が把握した情報について、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