

益城町妊婦給付認定申請書（請求書）

益城町長

妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定の申請をします。

1 申請者の情報

												申請日				年	月	日
ふりがな												年		職				
氏名												齡		業				
個人番号												電話番号						
現住所	〒																	
居住地	(現住所と異なる場合のみ記載)																	
妊娠届出日	年 月 日											妊娠月数		か月				
妊娠届出日 時点の住所地	(現住所と異なる場合のみ記載)																	

2 妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報

受診日（※）	年 月 日
医療機関の名称	
住所	
電話番号	
診断した医師の氏名	

※受診日は、胎児の心拍が確認された日を記入してください。

裏面あり

3 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（1回目）の支給（5万円）を

☐ 希望します。



☐ 他の市町村で、1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1回目の支給（5万円）の支給を受けています。

（支給市町村： ）

☐ 既に出産応援ギフト（5万円）の支給を受けています。

支給市町村： ☐ 益城町 ☐ 益城町以外（支給市町村： ）

☐ 希望しません。

4 振込先口座 ※既に出産応援ギフト（5万円）又は他市町村で1回目の支給（5万円）を受けた場合は記入不要

☐ 公金受取口座を利用します。（☑の場合は、口座記入不要）

振込先 ※本人口座 に限る	金融機関名	銀行・農協 信用金庫				本 店 支店・支所			
		金融機関コード				店舗コード			
	口座番号	普通・当座							
	ゆうちょ銀行				—				
	口座名義人	(フリガナ)							

5 その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に益城町以外に転出した場合には益城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。

同意事項

- ☐ 申請の内容について、必要に応じ益城町が受診医療機関等に照会を行うことに同意します。
- ☐ 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な場合には、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（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。

署 名

署名日 年 月 日