

妊娠届出書兼妊婦支援給付金認定申請書					妊婦マイナンバー							
					親子健康手帳交付番号		47308 - 20 -					
ふりがな						職業	職業名：					
妊婦氏名						①常勤（正規・契約・派遣）						
						②パート・アルバイト・日雇い						
						③自営業・農業・漁業						
生年月日	S・H	年	月	日（歳）	電話番号	④学生（ ）						
							⑤主婦 ⑥無職 ⑦その他					
居住地	本部町字											
妊娠週数	週	初診日	年	月	日	出産 予定日	年	月	日	今回の妊娠	☐ 単胎	☐ 双胎以上
今までの出産	☐ 初産				性病に関する 健康診断	☐ 受けた ☐ 受けていない	結核に関する 健康診断	☐ 受けた ☐ 受けていない				
	☐ 今までの出産（回）											
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けた時の 病院名、医師名					病院名 所在地 市・町・村 医師名又は助産師名							

☐ ・妊婦個人番号の確認が取れない場合、個人番号法に基づき、町が個人番号を確認することに同意します。

【妊婦支援給付金の認定申請に関する同意】

☐ ・医療機関において胎児心拍の確認が取れたこと、及びこれをもって、子ども・子育て支援法第10条の9第1項に基づく妊婦支援給付を受ける資格を有することについての認定を申請することについて同意します。

☐ ・申請内容に疑義が生じた場合は、医療機関等に確認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。

【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	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、妊婦給付認定後に本部町外に転出した場合には本部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。

署名

署名日

年 月 日

届出人氏名(本人又は代理人) ※代理人の場合は委任状が必要です。

代理人の場合妊婦との間柄

本部町長 殿

※電子申請にて妊娠届出書を提出済みの場合は、その写しを添付し、【妊婦支援給付金の認定申請に関する同意】から下段の記入をお願いします。