

本宮市妊婦のための支援給付事業 胎児の数の届出書兼請求書

本宮市長

市受付印

1. 届出者の情報

母子健康手帳番号【 】		届出日 年 月 日	
ふりがな		生年	年 月 日
氏名		月日	
		電話番号	
住 所 地	〒		

2. 胎児の数： _____人

3. 妊娠に関して胎児の数の確認を受けた医療機関の情報

医 療 機 関 の 名 称		電話番号	
住 所			
診断した医師の氏名			

4. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（2回目）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（胎児の数×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。

☐ 希望しません。

5. 振込先口座（申請者本人名義の口座をご記入ください。）

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								

※記入した口座情報の分かる通帳のコピーやアプリ画面のコピー等を添付してください。