

本宮市妊婦のための支援給付事業 妊婦給付認定申請書兼請求書

本宮市長

市受付印

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

母子健康手帳番号【 】												申請日 年 月 日					
ふりがな												年齢		職業			
氏 名																	
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)															

※妊娠月数は、既に出産や流産している場合は、それらが確認された日をご記入ください。

2. 妊娠に関して診断を受けた医師等の情報

医療機関の名称	
住 所	
電 話 番 号	
診断した医師の氏名	

☐ 記入した医療機関にて胎児の心拍が確認できました。

※医療機関にて胎児心拍が確認できていない場合や、胎児心拍の確認がされても異所性妊娠(子宮外妊娠)の場合は、認定・支給の対象となりません。

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： ）

☐ 希望しません。

4. 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。

5. その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に本宮市外に転出した場合には本宮市の妊婦支援給付認定は取消されます。取消により本宮市から支給を受けていない妊婦支援給付金がある場合には、転出先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。

妊娠期から子育て期にわたる身体的、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、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

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。