

新見市妊娠・出産応援給付金支給申請書

新見市長 様

次のとおり、新見市妊娠・出産応援給付金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

- 要件の該当性を審査するため、必要な公簿等の確認を行うことに同意します。
- 妊娠期間中、転出する予定はありません。
- 必要に応じて新見市と医療機関等が情報の共有をすることに同意します。

記

申請額 50,000円

ふりがな 申請者氏名 (妊婦)		生年月日	年 月 日
住 所	〒 新見市 日中連絡のつく電話番号 ()		
妊娠届出日	年 月 日	出産(予定)日	年 月 日
妊娠を確認した 産科医療機関等	施設名 :		
	所在地 :		
分娩(予定) 産科医療機関	施設名 :		自宅から分娩 (予定)産科 医療機関まで の移動時間
	所在地 :		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店・支店 支所・出張所
	ふりがな 口座名義人	口座番号	種別 普通・当座

添付書類

1. 親子健康手帳の写し
2. 申請者の口座を確認できる通帳等の写し

(市記入) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳確認 <input type="checkbox"/> 妊娠届出日の確認

受付印
