

美幌町妊婦のための支援給付交付申請書(2回目)

年 月 日

美幌町長様

郵便番号 〒 _____

住 所 美幌町字 _____

申請者(母)※1 _____

電話番号 _____

児の氏名 _____

申請事由発生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請事由発生時の住所(現住所と異なる場合のみ) _____

1. 妊婦のための支援給付 2回目(胎児1人につき5万円)を

希望します。

他の自治体で、妊婦のための支援給付 2回目の支給を受けていません。
 ※給付状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

希望しません。

2. 振込先(次の2つからお選びください。)

1回目の給付時に指定した振込先を希望する。※振込先の記入は不要です。

出産応援支援金の給付時に指定した振込先以外の口座を希望する。

金融機関名・支店名		口座番号					口座名義
銀行 信金 農協	本店	普通					フリガナ
	支店	当座					氏名

口座名義は※1と同一となるようにしてください。

妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない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(産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイド内容等)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