

美幌町妊婦のための支援給付交付申請書(1回目)
(旧・美幌町出産応援支援金交付申請書)

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	—	—
妊娠届出日	年	月 日
妊娠届出日時点の住所地(現住所と異なる場合のみ記載)		

1. 妊婦のための支援給付 1 回目(妊婦 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。)

- ☐ マイナンバーに紐づけしている公金振込口座
※事前にマイナポータルで公金振込口座の登録が必要です。

☐ それ以外の口座

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(妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、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など)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