

胎児の数の届出書

茅野市長

1. 届出者情報

		届出日 年 月 日		
ふりがな			生年 月日	年 月 日
氏名				
住所地				電話番号
				〒 茅野市

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

妊娠支援給付金（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できます。

希望しません。

5. 振込先口座

金融機関名		本・支店名		金融機関コード			支店コード		
		本・支店 本・支所 出張所							
銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協									
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									

※茅野市記載欄

住基	面談	アンケート		審査	決定通知	支給処理	健康かるて入力	
		8か月	出産後				8か月	出産後

