様式第１号（第４条関係）

妊婦給付認定申請書

茅野市長

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

		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	〒 茅野市				
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記載すること。

以下の欄は、茅野市に妊娠届を提出していない方のみ記載してください

(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	

2．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。

3．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
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		

4．その他

子ども・子育て支援法第 10 条の 10 の規定に基づき、妊婦給付認定後に茅野市外に転出した場合には茅野市の妊婦支援給付認定は取消されます。取消により茅野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、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。

妊娠中の身体的、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

※茅野市処理欄

住基	面談者	受付日	決裁日	決定通知日	支払日	健康かるて入力日	妊婦生年月日