

胎児の数の届出書

茅野市長

1. 届出者の情報

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

妊婦支援給付金（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あります。

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
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			

※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