第５号様式（第９条関係）

湧水町胎児の数の届出書

湧 水 町 長　殿

湧水町妊婦のための支援給付事業実施要綱第９条の規定により，以下の全ての同意事項について同意し，下記のとおり届出します。

【同意事項】

1　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，市区町村，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。

2　妊婦支援給付金の支給状況等について，他の市区町村に確認する場合があります。

１．届出者の情報

※届出者は，妊婦ご本人としてください。

		届出日	年　月　日
ふりがな		生年月日	年　月　日
氏　名			
個人番号		電話番号	
住所地	〒		

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	
住　所	
電話番号	

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，他の市区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（届出者本人名義口座のみ）

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	本店 支店・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		

６．添付書類

・申請者の本人確認に必要な公的身分証明書等の写し（マイナンバーカード両面）
・口座情報（金融機関名，本・支店名，口座番号等）が確認できる書類の写し
・転入者については，母子健康手帳。母子健康手帳交付前の場合は診断書。