

胎児の数の届出書

年 月 日

宇土市長 様

1 届出者

(妊婦)氏名		生年月日	年 月 日
電話番号			
住所			

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	
所在地	
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、他の市町村に確認することがあります。

公金受取口座への振込		☐ 希望します ※妊婦本人が公金受取口座を登録済の場合に限る
振込先口座 (妊婦本人の口座 に限る)	金融機関名 支店等	銀行・金庫・組合 本店 ・ () 支店
	口座番号	普通・当座 ()
	口座名義	(フリガナ) -----

☐ 希望しません。