

宇土市長 様

## 妊婦給付認定申請書

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

(妊婦) 氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
電話番号		職業	
個人番号 (マイナンバー)			
現住所	宇土市		
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	※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。

※マイナンバーの関係書類をお忘れの方は以下も御記入ください。

宇土市が住民情報ネットワークシステムで個人番号を確認することについて

( 同意します ・ 同意しません )

年 月 日 氏名

《個人番号の利用目的と取扱いについて》

御記入いただいた個人番号は、母子保健法施行規則及び子ども子育て支援法施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児の訪問指導、健康診査及び妊産婦の訪問指導に関する事務並びに子ども子育て支援法による給付金支給に関する事務で使用します。

この個人番号は、当該事務において必要がなくなった場合又は法令による一定の保存期間が経過した場合は速やかに破棄します。

## 2 妊娠判定を受けた医療機関の情報

医療機関の名称	
住所	
電話番号	
診断した医師の氏名	

(裏面あり)

### 3 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。

他市町村で、妊婦支援給付金の支給（1回目）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		<input type="checkbox"/> 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)

既に他市町村で1回目の支給（5万円）を受けています。

(支給市町村： )

希望しません。

#### 【お読みください】

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない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、妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談支援で活用するアンケート結果、子育てガイドの内容等）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