

様式第 1 号（第 5 関係）

平泉町妊婦給付認定申請書

平泉町長 様

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													電話番号				
氏名	印																
生年月日	年 月 日												年齢				
個人番号													職業				
現住所	〒																
	平泉町																
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してください。

2. 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	

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

☐ 受けたことがないため、希望します。

※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ことがあります。

※既に1回目の支給（出産応援ギフト等を含む。）を受けている場合は、支給対象外です。

☐ 既に他市区町村で１回目の支給（５万円）を受けています。

(支給市区町村：)

☐ 希望しません。

4. 振込先口座

金融機関名							本・支店名	
				銀行・信用金庫 信用組合・農協				
口座種別		口座番号（右詰で記入）					フリガナ 口座名義	
1 普通 ・ 2 当座								

※振込先口座が確認できる通帳やアプリ画面のコピー等を提出してください。

5. その他

子ども・子育て支援法第10条の10の規定に基づき、妊婦給付認定後に平泉町外に転出した場合には平泉町の妊婦支援給付認定は取消されます。取消しにより平泉町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、転入先市区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、平泉町、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