

嘉麻市子育て応援交付金交付申請書  
(国の出産・子育て応援交付金による子育て応援ギフト)

嘉麻市長 様

お名前 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

現住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

お子様の名前 \_\_\_\_\_

お子様の誕生日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

誕生日時点の住所地 \_\_\_\_\_

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（産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や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 \_\_\_\_\_

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

署名日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

嘉麻市子育て応援交付金の支給（妊婦1人につき5万円相当）を

希望します。



他の自治体で、出産・子育て応援交付金による子育て応援ギフトの支給を受けていません。

※子育て応援ギフトの支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

希望しません。

市町村チェック欄 (  遡及者 :  アンケート )

面談日	_____ 年 月 日
面談者	母・その他 ( _____ )
面談担当者	_____

・本人確認書類写し貼り付け欄

受付時目視確認済み

貼り付け

・振込口座通帳写し貼り付け欄

受付時目視確認済み

貼り付け