

# 妊婦給付認定申請 兼 胎児の数の届出書

嘉麻市長 様

市受付印

## 1. 給付認定申請

妊婦給付認定の資格を有するため、次のとおり妊婦給付認定の申請及び胎児の数の届出(妊婦支援給付金支給申請含む)をします。

		申請日	年	月	日
ふりがな		生年			
氏 名		月日	年	月	日
		年齢			歳
個人番号					
住 所	〒				
	嘉麻市				
電話番号					
胎児心拍 確認日	令和	年	月	日	

## 妊婦給付認定のための診断を受けた医療機関

医療機関の名称	
住 所	
電 話 番 号	
診断した医師の氏名	

2. 妊婦支援給付金（1回目）の支給を

希望します。



他の市町村で、1回目の支給を受けていません。

※ 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。

すでに他の市町村で1回目の支給を受けています。（市町村名： \_\_\_\_\_ ）

希望しません。

3. 妊婦支援給付金（2回目：胎児の数）の支給を

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。

希望しません。

4. 妊娠したこどもの数： \_\_\_\_\_人

5. その他

・流産・死産等された方については、次の項目の記載が必要です

産科医療機関で流産・死産等の事実が確認された年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

6. 下記の内容をご確認いただき、署名欄に記載をお願いします。

【誓約・同意事項】

- ・産科医療機関等を受診し、医師による妊娠の事実の確認（胎児心拍の確認）を受けました。
- ・妊婦のための支援給付金支給時の通知書を表面の住所に郵送することに同意します。
- ・今後、総合的な支援が必要となる場合、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。
- ・妊婦給付認定後に嘉麻市外に転出した場合は嘉麻市の妊婦支援給付認定を取り消されることに同意します。（転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。）

【署名（申請者氏名）

】

貼 り 付 け（郵便で申請の場合）

「個人番号（マイナンバー）が確認できる書類」のコピーをここに貼り付けてください

- ・貼付物は枠内に貼ってください
- ・折らずに貼ってください
- ・無理な場合は貼らずに A4 サイズにコピーのうえ、封筒に同封してください

※受付時目視確認済