

阿見町長 殿

## 阿見町妊婦給付認定申請書

私は、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)第10条の9に定める妊婦給付認定を受けたいため、下記のとおり申請します。

## 記

## 1. 申請者の情報(※印の部分は、妊娠届出と同時に提出する場合は、記載不要です。)

氏名		生年月日	年 月 日(満 歳)
現住所※			
職業※		電話番号※	
居住地※	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる( )		
胎児心拍確認日	年 月 日	妊娠届出日※	年 月 日
現在の妊娠月数	月	出産予定日※	年 月 日
妊娠届出日の住所地※	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる( )		

## 2. 妊娠に関して診療を受けている医療機関等の情報

医療機関等名			
所在地			
医師(助産師)の氏名		電話番号	

## 3. その他の確認事項

妊婦支援給付金の支給状況	<input type="checkbox"/> 第1回から支給を受ける。 <input type="checkbox"/> 他市町村から支給あり(市町村名 : ) <input type="checkbox"/> 第2回から支給を受ける。
--------------	--

【裏面に続きます。】

4. 提示又は添付が必要な書類(郵送等により提出する場合は写しを添付してください。)

- マイナンバーカード
- 母子健康手帳
- 医師の診断書その他妊娠の事実が確認できる書類(人工妊娠中絶等の理由により妊娠届出がない場合)

【同意欄】

私は、妊婦給付認定及び妊婦支援給付金に係る手続きに関し、次のことについて同意します。

- (1) 町の事務の実施に必要な範囲において、自身の個人番号、居住の実態その他の情報について町の公簿等による確認を行うこと。
- (2) 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、町、医療機関等及び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し、共有すること。

氏名(署名) \_\_\_\_\_

【職員確認欄】 ※記入しないでください。

確認事項	<input type="checkbox"/> 宛名番号の確認	番 号 :
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの確認	番 号 :
	妊娠届出と同時に行わない場合	
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の確認	交付 No.:
	<input type="checkbox"/> 医師(助産師)氏名確認	
	妊娠届出がない場合	
	<input type="checkbox"/> 妊娠の事実の確認	確認書類 :

確認職員氏名

\_\_\_\_\_