

伊達市長

私は、受給要件(裏面)を満たしていることを宣誓し、伊達市妊婦のための支援給付金支給事務実施要綱第5条の規定により、胎児の数の届出を行います。

1. 届出者の情報

届出日: R7年12月1日

ふりがな 妊婦氏名	だて はなこ	生年月日 (年齢)	H7年3月31日生 (30歳)	※母子健康手帳をお持ちの方は 母子健康手帳番号を記載し てください。 (番号: 000)
	伊達 花子		電話番号	
住所	福島県伊達市 保原町大泉字大地内100番地			

2. 胎児の数: 1人

3. 妊娠に関して胎児の数の認定を受けた医療機関の情報

医療機関の名称	〇〇産婦人科
---------	--------

4. 妊婦支援給付金(2回目)の支給について

妊婦支援給付金(2回目)の支給(胎児の数×5万円)を

希望します

希望しません

他の市町村で「妊婦支援給付金2回目(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、他市町村に確認する場合があります。

伊達市に居住する妊婦の方へ、妊婦支援給付金(2回目)の支給(胎児の数×5万円)を受けること、及び、妊娠中の身体的・精神的及び経済的な負担の軽減を図るため、本市に居住する妊婦の方を対象として、妊婦支援関係機関(伊達市保健センター)と連携し、妊婦支援関係機関(伊達市保健センター)等に活用するアンケート調査を実施することについて、ご意見を伺います。⇒同意します。

いずれかにチェックをお願いします

チェックをお願いします

5. 振込先(法律上、受給者は妊婦本人に限ります。申請者と口座名義は同一者となるよう記載してください。※添付書類は裏面参照)

振込先	名称	〇〇銀行 農協・信金・信組	本店・支店	支所
	種別	普通当座	フリガナ	だて はなこ
	口座番号	1234567	名義	伊達 花子

市記載欄	受付番号	申請日	年	月	日	住民登録	有・無	区分	継続・その他
妊娠証明 (いずれか)	<input type="checkbox"/> 妊娠届 <input type="checkbox"/> 診断書	この欄は記入不要です						胎児数	()人
妊婦給付認定	認定可							胎児数	()人
1回目支給	支給可							()	
備考	()								

- 1 妊婦支援給付金（2回目）を受けるためには、次のすべての要件を満たす方となります。
 - (1) 胎児の数の届出日時時点で伊達市に住所があること。
 - (2) 伊達市において妊婦給付認定を受けていること。
 - (3) 今回の妊娠において、他自治体から国の「妊婦のための支援給付」による妊婦支援給付金（2回目）の支給を受けていないこと。
 - (4) 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、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すること。

- 2 この届出の提出時に必要なものは次のとおりです。
 - (1) 胎児の数の確認ができるもの（母子健康手帳もしくは医療機関発行の診断書等）
 - (2) 振込指定金融機関の通帳の写し（貼付不要）
 - (3) 本人確認書類の写し（下欄に貼付）

- 3 届出内容（氏名・住所・口座等）に変更があった際は速やかにお申し出ください。

- 4 子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦支援給付金（2回目）の給付終了後、伊達市における妊婦給付認定は自動的に取り消されます。

- 5 偽りその他不正の手段により当給付金の支給を受けた場合は返還していただきます。

**本人確認書類の写しは、この欄には
はがれないよう、のり付けしてください**

本人確認書類添付箇所

顔写真付き証明の場合は1種類、それ以外は2種類添付してください。

1種類：運転免許証、マイナンバーカード（表面）、パスポート等

2種類：年金手帳、印鑑登録証明書等