（様式第2号）

**美幌町子育て応援支援金給付申請書（国の出産・子育て応援給付金）**

令和　　　年　　　月　　　日

美　幌　町　長　様

|  |
| --- |
| 郵便番号　　〒０９２－ |
| 住　　所　　美幌町字 |
| 申請者※1 |
| 電話番号　　　　　　　－　　　　　－ |
| 児の氏名 |
| 児の生年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 出生日時点の住所地（現住所と異なる場合のみ記載） |

1. 子育て応援支援金の給付（出生児１人につき５万円）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。

1. 振込先

□　出産応援支援金の給付時に指定した振込先を希望する。※振込先の記入は不要です。

□　出産応援支援金の給付時に指定した振込先以外の口座を希望する。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名・支店名 | | | | 口座番号 | | | | | | | | 口座名義 |
|  | 銀行  信金  農協 |  | 本店  支店 | 普通 |  |  |  |  |  |  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 当座 |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |

口座名義は※1と同一となるようにしてください。

|  |
| --- |
| 妊娠期から子育て期に渡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  署名日　　令和　　　年　　　月　　　日 |