様式第2号（第3条関係）

**妊婦給付認定申請書(胎児の数の届出)兼妊婦支援給付金(２回目)請求書**

（妊婦のための支援給付・妊婦等包括相談支援事業）

　　年　　月　　日

八頭町長　様

妊婦給付認定の資格を有するため、下記のとおり妊婦給付認定(胎児の数の届出)兼妊婦支　援給付金(２回目)を申請(請求)します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（請求）者 | ふりがな  氏　名 | ㊞ | | | | | | | | | 年　齢 | | | |  | | |
| 職　業 | | | |  | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | (八頭町以外で母子健康手帳の交付を受けた場合のみ記載) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 電　話 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | (妊娠に関して胎児の数の確認を受けた医療機関の名称) | | | | | | | | | | | 胎児の数  　　　　　人 | | | | |
| 出産予定日 | 年　　　　月　　　　日　(妊娠　　　　か月) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請・請求額 | * 希望（申請・請求）する   妊婦支援給付金(２回目)  (胎児の数×５０,０００円)  **金　　　　　　　　円** | | | | | | * 希望（申請・請求）しない | | | | | | | | | | |
| 支　給　要　件 | * 他の自治体で、妊婦支援給付金(２回目)の支給を受けていません。   注：妊婦支援給付金の支給状況等について、他の自治体に確認することがあります。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 必要のある場合には、妊婦給付認定について八頭町が医療機関等関係機関に照会することに同意します。 * 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は、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します。   　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 町記入欄 | 本人確認書類  □個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□その他（　　　　　　　　　　　） |