

申請者 (妊婦)	住所	〒 -
	氏名	(フリガナ)
	電話	例) 090 - 0000 - 0000

(宛先) 新発田市長

新発田市出産・子育て応援給付金（出産応援ギフト）申請書

出産・子育て応援給付金の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 対象者の状況

記入例) 2022年1月1日→20220101

氏 名		生年月日（西暦）				出産予定日（西暦）			
妊婦	(フリガナ)								

2 希望する給付方法に☑をつけてください。

どちらか を選択し てくださ い	<input type="checkbox"/> 現金を希望します。 → 給付金振込先の記入をお願いします。
	<input type="checkbox"/> デジタルギフト（新発田市出産・子育て応援給付金事業専用QUOカードPay）を希望します。 →後日、郵送でQRコードをお送りします。

3 現金給付希望の場合、給付金振込先を記入してください。 ※必ず口座情報のコピーを同封してください

金 融 機 関 名		支 店 名		分類	口座番号（右詰めで記入してください。）			
1 銀行	5 農協		本店	普通				
2 金庫	6 漁連		支店					
3 信組	7 信漁連		本・支所					
4 信連			出張所					
金融機関番号		店番号						
口座名義人 ※「申請者（妊婦）」名義に限ります。左詰めで記入してください。								
名義人カナ								

※合併等で金融機関名や支店名が変更になっている場合があります。記載内容、添付書類に不備があると振込不能になるため、提出前に十分に確認をお願いします。

4 対象者情報確認同意書

同 意 書	
1 妊娠期から子育て期にわた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（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、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の内容等）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。	
2 私は、他の自治体から出産・子育て応援給付金（出産応援ギフト）の支給を受けていません。またこの給付の決定にあたり、他の自治体における私の支給状況について、市が調査・確認することに同意します。	
3 新発田市出産・子育て応援給付金の給付決定手続のため、住民基本台帳を市が調査・確認することに同意します。	
令和 年 月 日	
新発田市長 様	申請者 氏 名 _____