

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"/> 電子マネー（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、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な場合には、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

申請者
新発田市長 様 氏 名