

申請者 (妊婦)	住所	〒 - 新発田市
	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

氏名	生年月日（西暦）	出産予定日（西暦）
(フリガナ)		
妊婦		

記入例) 2022年1月1日→20220101

2 給付金振込先 下記に記入の上、金融機関通帳の表紙をめくった見開きページ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 2 金庫 6 漁連 3 信組 7 信漁連 4 信連	本店 支店 本・支所 出張所	普通	
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			

記入例) シ ハ ヲ タ ア ヤ メ 姓と名の間は1マス空ける 濁点等は1文字として1マス使用

※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。

3 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
新発田市長 様	申請者 氏名 _____