様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

上野原市長　宛

上野原市出産応援給付金申請書兼請求書

　上野原市出産応援給付金の支給を受けたいので、上野原市出産・子育て応援給付金支給事業実施要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　 月　 　日 |
| 妊婦氏名 | 　　　　　　　　　　　　  |
| 電話番号 |  |
| 配偶者氏名 | ※妊婦本人以外の方が申請される場合は、こちらにもご記入ください。 |
| 住所 |  |
| 妊娠届日時点の住所地（現住所と異なる場合のみ記載） |  |
| 妊娠届出日 | 年　 　月　 　日（妊娠週数：　　　週） | 母子健康手帳番号 |  |
| 申請する給付金 | 出産応援給付金　５０，０００円 |
| 必要書類 | □母子健康手帳の表紙の写し（保護者の氏名が記載されていること。）□母子健康手帳の妊娠中の経過欄の写し※ただし、受診の記録がない場合は、妊婦記入欄及び医療機関等記入欄が記載された妊婦一般健康診査受診票の写し□申請者の振込先を確認することができる通帳等の写し |

振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協信金・信組（　　　） | 本店・支店本所・支所（　　　） |
| 預金種目 | 普通（総合）　・　当座　・　その他（　　　　） |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

（注）口座名義人は、申請者と同一としてください。

|  |
| --- |
| □他の自治体において出産・子育て応援給付金による出産応援給付金の支給を受けていません。□出産応援給付金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。□支給対象の要件に該当しないことが判明した場合、又は申請内容に偽りその他不正等が判明した場合には、　　給付金を返還します。□申請内容に係る必要事項の確認のため、担当職員が住民基本台帳等を確認することに同意します。□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。申請者（署名又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

誓約・同意事項（□にレ印を付けてください。）