様式第6号（第７条第１項第２号関係）

**草津市胎児の数の届出書**

草津市長　宛

**１．届出者の情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 届出日　　　年　　　月　　　日 | |
| ふ り が な |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 妊婦氏名 |  |
| 電話番号 |  | | |
| 住所地 | 〒　　　―  草津市 | | |

**２．心拍が確認できた胎児の数：＿＿＿＿＿人**

|  |  |
| --- | --- |
| 確認医療機関の名称 |  |

**３．妊婦支援給付金の支給**

妊婦支援給付金（２回目）の支給（胎児の数×５万円）を

　　□　希望します（他の市町村で、２回目の支給を受けていません）

　　□　既に他市町村で支給を受けています。（支給市町村：　　　　　）

□　希望しません。

※　妊婦支援給付金の支給状況などについて、他の市町村に確認することがあります。

裏面あり

**４．振込先口座**

□妊婦支援給付金（1回目）振込口座を利用します（→下表の口座情報は記入不要です）

□次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名(ゆうちょ銀行除く) | | | | | | | |  | | | | 支店名 | | | | | |  | | | 分類 | | | | 口座番号(右詰め) | | | | | | |
| 1.銀行  2.金庫 5.農協  3.信組 6.漁協  4.信連 7.信漁連 | | | | | | | |  | 金融機関コード |  |  | 1.本・支店  2.本・支所  3.出張所 | | | | | | 支店コード |  |  | □　普通  □　当座 | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義  （カナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

〔ゆうちょ銀行の場合〕通帳の見開き左上またはキャッシュカード記載の記号・番号をお書きください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座名義（カナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 通帳記号 | | | | | | | 通帳番号(右詰め) | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | ※  0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※６桁目がある場合は、※欄に御記入ください。

**５．添付書類**

　　□申請者の本人確認書類のコピー

　　　　顔写真付き、現住所、氏名、生年月日の記載があるものは1点

　　　　顔写真なし、現住所、氏名、生年月日の記載があるものは2点

　　□振込先口座が確認できる書類のコピー

　　　通帳、キャッシュカード等

　【誓約・同意事項】

　妊婦支援給付金の支給（胎児の数×５万円）を希望する場合は、下記の全ての項目を確認し、□にチェック（レ）してください。

□以下の全ての制約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

・産科医療機関等に必要時は妊娠状況などの確認を行うことに同意します。

・妊娠中の身体的、精神的およ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。

・給付金支給後、本申請書の記載事項について偽りまたは不正な手段があることが判明した場合や、二重支給が発覚した場合には、給付金を返還します。

　　本申立ての内容に相違ありません。

署　名