

妊婦用

年 月 日

きたあきた赤ちゃん応援事業 マタニティギフト申請書兼請求書

(国の出産・子育て応援給付金による出産応援ギフト)

北秋田市長 様

1. 申請（請求）者

フリガナ		生年月日	年 月 日
申請者氏名 (妊婦)		妊娠届出日	年 月 日
		電話番号	— —
現住所			
〒 —			
妊娠届出日時点の住所（現住所と異なる場合のみ記載）			
〒 —			

2. 申請（請求）額（妊娠1回につき50,000円）

件数	件	金額	円
----	---	----	---

3. 支給口座（1の申請（請求）者の口座とします）

金融機関名	支店名	種別	口座番号(右詰め)	口座名義カナ
銀行・農協 県信・金庫 ()	本店・支店 本所・支所 ()	普通 当座		
金融機関コード	支店コード			

(裏面にも記入欄がありますので必ずご確認ください)

(裏面)

次の(1)～(9)の全ての事項に同意の上、マタニティギフトを申請します。

- (1) 他の自治体から国の出産・子育て応援交付金による出産応援ギフトの支給を受けていません。
- (2) 申請者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意します。
- (3) 妊娠届出及び母子健康手帳の交付状況について確認することに同意します。
- (4) 必要に応じ、申請者の妊娠について産科医療機関へ確認することに同意します。
- (5) 給付の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に対し支給状況の照会を行うこと及び他の自治体から照会があった場合は、市が回答することについて同意します。
- (6) 申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合は、支給済みの給付金を速やかに返還します。
- (7) 市が支給決定をした後、市がこの申請書を請求書として取扱うことに同意します。
- (8) 市が支給決定をした後に申請書の不備による振込不能等があった場合において、申請者から期限内に申請書の修正の連絡等がないときは、マタニティギフトが支給されないことに同意します。
- (9) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目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。

署名(自署) _____

提出書類 ※提出前に下記書類が全て揃っているが確認してください。

きたあきた赤ちゃん応援事業 マタニティギフト申請書兼請求書(本用紙)

申請(請求)者の本人確認書類の写し

運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、パスポート等の写しなど

支給口座を確認できる書類の写し

通帳やキャッシュカードの写しなど

アンケート