

妊娠届出書兼妊婦給付認定申請書



松伏町長 宛

下記のとおり妊娠の届出と、妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定の申請をいたします。

※母子健康手帳交付番号：第 号

|   |          |    |  |               |  |  |                           |         |                  |        |   |   |
|---|----------|----|--|---------------|--|--|---------------------------|---------|------------------|--------|---|---|
| 妊婦  | フリガナ     |    |  |               |  |  |                           | 保険種別    | 松伏町国保・その他(社会保険等) |        |   |   |
|   | 妊婦氏名     |    |  |               |  |  |                           | 生年月日    | S・H              | 年      | 月 | 日 |
|   |          |    |  |               |  |  |                           | 職業      | ( 歳)             |        |   |   |
|   | 個人番号     |    |  |               |  |  |                           | 国籍      | ※※               |        |   |   |
| 居住地   | 松伏町      |    |  |               |  |  | 連絡先                       | — —     |                  |        |   |   |
| 子の父   | 氏名       |    |  |               |  |  |                           | 連絡先     | — —              |        |   |   |
| 今回の妊娠は、何回目の妊娠ですか                                  |          | 回目 |  | 現在の妊娠週数(妊娠月数) |  |  |                           | 第 週     |                  | (第 か月) |   |   |
| 分娩予定日   | 令和 年 月 日 |    |  |               |  |  |                           |         |                  |        |   |   |
| 【確定していない場合】最終月経開始日：令和 年 月 日                       |          |    |  |               |  |  |                           |         |                  |        |   |   |
| 今回の妊娠で、診断または保健指導を受けた医療機関名、医師・助産師名                 |          |    |  | 医療機関名         |  |  |                           | 医師・助産師名 |                  |        |   |   |
| 今回の妊娠で、性病に関する健康診断(血液検査)を受けましたか。                   |          |    |  |               |  |  | 受けていない ・ 受けた              |         |                  |        |   |   |
| 今回の妊娠で、結核に関する健康診断(ツベルクリン反応検査または胸部レントゲン検査)を受けましたか。 |          |    |  |               |  |  | 受けていない ・ 受けた              |         |                  |        |   |   |
| 今までに市区町村実施の子宮頸がん検診(妊婦健診を含む)を受けたことがありますか。          |          |    |  |               |  |  | ない<br>ある(1年以内 3年以内 4年以上前) |         |                  |        |   |   |
| 届出日：令和 年 月 日                                      |          |    |  |               |  |  |                           |         |                  |        |   |   |
| 届出者氏名： _____ / 妊婦からみた続柄：本人・( _____ )              |          |    |  |               |  |  |                           |         |                  |        |   |   |

※印は町が記入すること。

※※印は外国人のみ記入すること

※ 子宮頸がん検診受診歴：無・有( 年 月)

※ 健康かるて入力

裏面あり

## 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（1回目）の支給（5万円）を

希望します。



他の自治体で、1回目の支給（5万円）を受けていません。

※ 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。

既に他市町村で1回目の支給（5万円）の支給を受けています。（支給市町村： \_\_\_\_\_ ）

希望しません。

## 振込先口座 ※振込先は妊婦本人に限る

| 金融機関名                 |  | 本・支店名       |  | 金融機関コード |  |            |  | 支店コード |  |  |
|-----------------------|--|-------------|--|---------|--|------------|--|-------|--|--|
| 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協・漁協 |  | 本・支店        |  |         |  |            |  |       |  |  |
|                       |  | 本・支所        |  |         |  |            |  |       |  |  |
|                       |  | 出張所         |  |         |  |            |  |       |  |  |
| 口座種別                  |  | 口座番号（右詰で記入） |  |         |  | 口座名義（カタカナ） |  |       |  |  |
| 1 普通 ・ 2 当座           |  |             |  |         |  |            |  |       |  |  |

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に松伏町外に転出した場合には松伏町の妊婦支援給付認定は取り消されます。転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。

妊娠中の身体的、精神的及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。

署名 \_\_\_\_\_（続柄）

署名日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日