

様式第 1 号（第 5 条関係）

（表）

佐久市妊婦支援給付金妊婦給付認定申請書

（申請先）佐久市長

妊婦給付認定の資格を有するため、法第 1 0 条の 9 第 1 項に定める妊婦給付認定の申請をします。

1 申請者の情報

		申請日 年 月 日			
ふりがな		年齢		職業	
氏 名					
電話番号		母子手帳 番号		胎児 の数	人
現 住 所	〒				
	佐久市				
居 住 地	(現住所と異なる場合のみ記載)				
妊娠届出日	年 月 日	出産予定日	年 月 日		
妊娠届出日 時点の住所地	(現住所と異なる場合のみ記載)				

2 妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報

医 療 機 関 の 名 称	
住 所	
電 話 番 号	
診断した医師の氏名	

(裏)

3 妊婦支援給付金（認定時）の支給

妊婦支援給付金（認定時）の支給（5万円）を

☐ 希望します。



☐ 他の市区町村で、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、他の市区町村に確認することがあります。

☐ 既に他市区町村で1回目の支給（5万円）の支給を受けています。

（支給市区町村： ）

☐ 希望しません。

4 振込先口座 ※口座情報を確認できる通帳等の写しを添付

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 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										

5 その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に佐久市外に転出した場合には佐久市の妊婦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、転入先市区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な場合には、市、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

署名日 年 月 日