

年 月 日

稲美町出産応援ギフト申請書兼請求書  
(出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト)

稲美町長様

申請者名(妊婦自身) \_\_\_\_\_  
申請者生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_  
現住所 \_\_\_\_\_  
稲美町 \_\_\_\_\_  
連絡先 ( ) \_\_\_\_\_  
妊娠届出日 \_\_\_\_\_ 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) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

出産応援ギフトの支給(妊婦1人につき5万円)を

希望します。



稲美町以外の自治体で、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。  
※出産応援ギフトの支給状況などについて、稲美町以外の自治体に確認することがあります。

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。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

希望しません。



裏面もあります。

※下記の受取人口座には、申請者名義のものを記載してください。

○【受取口座】

金融機関名	1.銀行 3.信組 2.金庫 4.農協	支店名	本・支店 本・支所 出張所	分類	1.普通 2.当座
		支店コード			
口座番号	※右詰めで御記入ください		フリガナ		
			口座名義		

※申請者の受取口座確認書類の写しが必要です。下部に貼り付けてください。

下記の事項に同意の上、稲美町出産応援ギフトを申請（請求）します。

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。
- ② 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出が必要となります。
- ③ 偽りその他不正の手段により給付金の支給を受けたと認められるときは、給付金を返還していただきます。

### 受取口座確認書類 写し貼り付け

通帳、キャッシュカード 等のうち、  
1点の写し

※金融機関名、支店名、口座番号、  
名義人（カナ）が分かるもの

### 本人確認書類 写し貼り付け

マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証 等のうち、  
1点の写し