

江田島市出産・子育て応援給付金申請書（出産応援分）

江田島市長様

申請者 住所 江田島市 町

妊婦氏名

出産予定日 令和 年 月 日

連絡先は、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

連絡先

江田島市出産・子育て応援給付金について、江田島市伴走型相談支援及び出産・子育て応援給付金の一体的実施事業実施要綱第20条の規定により、次のとおり申請します。

1 確認事項（該当する箇所に、をお願いします）

※支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

江田島市出産・子育て応援給付金の支給を希望します。

→ 他の自治体で、出産・子育て応援給付金による現金・クーポン等の支給を受けていません。

→同意書に記入をお願いします。

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を目的に、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（産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。

支給を希望する場合、署名をお願いします。

署名： _____

署名日： 年 月 日

どちらかにしてください。

江田島市出産・子育て応援給付金の支給を希望しません。

2 申請額 50,000 円

裏面あり

別記様式（第4条関係）

3 振込先

金融機関	農協・銀行・信組 信連・相銀・漁協 中金・信金・漁連		店（所）
預金種別	普通預金 当座預金 その他（ ）	口座番号	
振込口座 名義人	フリガナ		
	氏名		

妊婦の氏名を記入してください。

4 添付書類

- (1) アンケート
- (2) 母子健康手帳の表紙の写し（妊婦の氏名を記入したもの）
- (3) 振込先通帳の写し

窓口提出時、(2)(3)の原本を持参していただければ、窓口でコピーします。