

年 月 日

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 _____

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。

署名: _____

署名日: 年 月 日 _____

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

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	フリガナ			
名義人	氏名			

4 添付書類

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