

## 東郷町出産応援給付金交付申請書兼請求書

東郷町長 宛て

出産応援給付金の支給（妊婦1人につき5万円）を

**【誓約・同意事項】に誓約・同意の上希望します** →以下をご記入ください。

**【誓約・同意事項】**

出産応援給付金の支給（妊婦1人につき5万円）を希望する場合は、次の事項を確認し、□に✓を入れてください。

- 1 私は、同一の妊娠で、東郷町又は他の自治体で出産応援給付金による支給を受けていません。
- 2 私は、出産応援給付金の支給状況等について、他の自治体に確認することに同意します。
- 3 私は、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、町が関係部署及び関係機関に必要な情報を確認すること並びに伴走型相談支援により把握した情報（アンケート及び面談の内容を含む。）を共有することに同意します。

**希望しません** →右記に氏名をご記入ください。妊婦氏名

申請日（西暦）	年	月	日
---------	---	---	---

申請者 (妊婦)	姓	(フリガナ)	名	(フリガナ)		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	母子健康手帳交付番号	
	住所	愛知県東郷町				
	連絡先	( )				

町確認欄	他市町照会	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	管理番号	_____
本人確認書類 <input type="checkbox"/> 確認済（運転免許証・マイナンバーカード・保険証）					
町記入欄 受理日					
年					
月					
日					

※裏面も必ずご確認ください。（振込先の口座記入・添付、本人確認書類の添付）

振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 協同組合			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
口座名義	姓	(フリガナ)			名	(フリガナ)		

※振込先の口座名義人が申請者本人（妊婦）と異なる場合は委任欄に記入が必要です。

委任欄	
申請者（委任者）氏名	_____
私は、上記出産応援給付金の受領に関することを以下の者に委任します。	
受任者（口座名義人）	住所 _____
	氏名 _____（申請者との続柄 _____）

支給口座情報の写し【貼付け欄】

申請者の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード、保険証等）【貼付け欄】※郵送の場合のみ