



人吉市出産応援給付金申請書兼請求書

(国の出産・子育て応援給付金)

令和 年 月 日

人吉市長 様

(申請者)

お名前 _____ 印

現住所 _____

連絡先 _____ () _____

出生日予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠届出時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載) _____

出産応援給付金の交付を受けたいので、人吉市出産・子育て応援給付金交付要項第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

- 1 出産応援給付金の支給（妊婦1人につき5万円）を
(※希望します、又は希望しませんのいずれかの□に✓を記入してください。)

☐ 希望します。

申請（請求）額 50,000円

☐ 他の自治体で、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に係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、他の自治体に確認することがあります。

☐ 希望しません。

(出産応援給付金の支給を希望する方)

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、市区町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況、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、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。

署名 _____

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 2 振込先口座

金融機関	銀行	支店
種別	普通	当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

※通帳の写しの添付をお願いします。