

様式第1号（第7条関係）

始良市出産応援ギフト申請書
（国の出産・子育て応援給付金による出産応援ギフト）

令和 年 月 日

始良市長 殿

氏 名 _____

住 所 _____

連 絡 先 _____

妊娠届出日 _____

妊娠届出時点の住所（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5万円相当）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。

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、始良市、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。

記 名 _____

記名日 年 月 日

裏面

出産応援ギフトの振込先

金融機関名		金融機関コード	
支店名		支店コード	
口座種別		口座番号 (右詰め)	
フリガナ			
口座名義人			

※ 銀行口座を照合するため、金融機関名、支店名、口座番号、口座名義（カナ）を確認できる通帳のページ（通帳の1ページ目の見開き等）をコピーして添付してください。

※ 口座種別は、「普通」・「貯蓄」・「当座」以外は指定できません。