様式第１号（第５条関係）

**日南町出産応援給付金申請書**

**（出産・子育て応援交付金による出産応援給付金）**

日南町長　様

お名前

現住所

連絡先　　　　　　　（　　　）

妊娠届出日　　　　　年　　　　　月　　　　　日

妊娠届出日時点の住所地（現住所と異なる場合のみ記載）

**日南町出産応援給付金の支給（妊婦１人につき５万円相当）を**

□　希望します。　　　　　　　　　　□　希望しません。

**【受取口座】**

□　町で登録している、申請者（妊婦）の口座で受け取る（口座情報の記載は不要です）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | 支店名 | | 種別 | 口座番号 | フリガナ |
| 口座名義 |
|  | |  | |  |  |  |
|  |
| 金融機関番号 |  | 店番号 |  |

□　その他の口座で受け取る（口座の記載をお願いします）

**※口座名義は申請者（妊婦）のものに限ります（裏面に通帳の写しを添付してください）**

**同　意　書**

１．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。

２．私は、他の自治体で、出産・子育て応援交付金による出産応援給付金（ギフト）の支給を受けていません。また、この給付決定にあたり、ほかの自治体における私の支給状況について、町が調査・確認することに同意します。

３．日南町出産・子育て応援給付金の給付手続き決定のため、住民基本台帳を調査・確認することに同意します。

署　名

署名日　　　年　　月　　日

貼 付 欄

振込先金融機関口座の確認書類を貼ってください。

※振込口座の金融機関名、口座番号、口座名義　　（カナ）が分かる通帳の写し