

（表）

出産応援給付金支給申請書兼請求書

（国の出産・子育て応援給付金）

木津川市長 宛て

年 月 日

1. 申請・請求者

申請・請求者 氏名		生年月日	年 月 日
妊娠届出日	年 月 日	母子健康手帳 番号	
現住所	〒		
電話番号	（平日昼間に連絡が取れる連絡先）		
妊娠届出日 時点の住所地	（現住所と異なる場合のみ記載）		

2. 支給の希望と申請・請求額

出産応援給付金の支給（妊娠1回あたり5万円）を

希望します。

申請（請求額） 50,000円

他の自治体で国の出産応援給付金の支給を受けていません。  
※出産応援給付金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。

3. 振込口座情報

金融機関名		支店名		口座 種別	口座番号 (右詰め)						
1.銀行 2.信用金庫 3.( )		本・支店 本・支所 出張所		1.普通	フリガナ						
銀行 コード		支店 コード		2.当座	口座名義人						

※ 振込先は、原則として申請・請求者が口座名義人になっている口座を記入してください。

(裏)

※ 申請・請求者と異なる口座名義人に振込をする場合は、「委任状」に記入してください。

委任状		
私は、次の受領者に出産応援給付金の受領を委任します。		
年 月 日		
委任者氏名 (申請・請求者)		
受領者	氏名	
	住所	

#### 4. 同意事項

- 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 申請書や添付書類に不備があり支給を行うことができない場合において、期限を定めて求める補正に応じない場合、当該申請が取り下げられたものとして取り扱われることに同意します。
- ③ 偽りその他不正の手段により、支給要件に該当していないにもかかわらず、出産応援給付金の給付を受けたことが判明した場合には、出産応援給付金を返還することに同意します。

署 名 \_\_\_\_\_

署名日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

#### 5. 添付書類

- 本人確認書類の写し  
※運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等の写し
- 振込先通帳等の写し  
※金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義人（フリガナ）の記載があるもの。

【処理欄】

可

否

受付番号：