

深川市妊娠・出産応援交付金事業申請書（特例対象者）

年 月 日

深川市長様

住所

申請者

氏名

印

深川市妊娠・出産応援交付金事業実施要綱に基づく交付を受けたいので申請します。

1 交付対象者

住所	〒	電話番号
	深川市	
ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日（ 歳）

2 申請金額

円

【申請金額内訳】
妊産婦健診支援分 _____ 円・特例応援分 100,000円

3 母子健康手帳関係

妊娠届出日	年 月 日	母子手帳交付番号	
出産予定日	年 月 日	届出時妊娠週数	
診断を受けた 病院名	病院名		
	医師または助産師氏名		

4 口座振替 交付金を下記の口座へ振込んでください。

金融機関名		種目	口座番号
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店・本所	1 普通預金	
	支店・支所	2 当座預金	
	出張所	3 その他	
金融機関コード	店舗コード	口座名義（カタカナ）	

誓約書

私は、出産前に転出することとなった場合にはすみやかに届出をし、交付を受けた妊娠・出産応援分について、求められた金額を返還することを誓約します。

氏名 _____ 印 _____

※市確認欄

<input type="checkbox"/> 前居住地における交付金等の支給（有・無）			
<input type="checkbox"/> 転入	住民登録年月日		年 月 日 登録
	妊娠週数	週	妊産婦健診支援分 円
支払予定日： 年 月 日		出生順位： 子目	