胎児の数の届出書

市区町村
受付印

韮崎市長

1．届出者の情報

		届出日　　年　　月　　日	
ふりがな		生年月日	年　　月　　日
氏　　名		電話番号	
住　所　地	〒		
メールアドレス			

2．胎児の数：＿＿＿＿＿人

3．妊娠に関して胎児の数の確認を受けた医療機関の情報

医療機関の名称		電話番号	
住　　所			
診断した医師の氏名			

4．妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（２回目）の支給（胎児の数×５万円）を

□　希望します。

□　他の市町村で、２回目の支給（胎児の数×5 万円）を受けていません。

※　妊婦支援給付金の支給状況などについて、他の市町村に確認することがあります。

□　希望しません。

5．振込先口座

金融機関名	本・支店名	金融機関コード	支店コード
銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協	本・支店 本・支所 出張所		

口座種別	口座番号（右詰で記入）	口座名義（カタカナ）
１ 普通 ・ ２ 当座		