

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																			
個 人 番 号														電話番号					
住 所 地		〒																	

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	
住 所	
電 話 番 号	

☐ 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。

[illegible]