

出産応援ギフト事業申請書

江差町長 様

1. 申請・請求者（妊婦）

ふりがな		生年月日
氏名	印	年 月 日
住所		
日中連絡先		

出産・子育て応援給付金を ☐ 希望しません。 ☐ 希望します。

希望する方は、下記と裏面（誓約・同意事項）に記入のうえ、申請します。

2. 振込口座

※江差町妊産婦健診等交通費助成事業の振込先と異なる場合は、下記へ記入してください。

（1. の申請・請求者の口座を記載してください。）

	銀行 信用金庫	本店 支店	預金項目	普通 ・ 当座
振込先	フリガナ 口座名義	口座番号		

【誓約・同意事項】

出産・子育て応援給付金の支給を希望する場合は
下記の全ての項目を確認し、☐にチェック（☒）してください。

☐ **以下全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。**

- ①他の市町村で、出産・子育て応援交付金による出産・子育て応援ギフトの支給を受けていません。
- ②出産・子育て応援ギフトの支給状況などについて、他の市町村に確認することに同意します。
- ③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（産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果）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。
- ④給付金支給後、本申請書の記載事項について虚偽があることが判明した場合や二重支給が発覚した場合には、助成金を返還します。

本申し立ての内容に相違ありません。

署名日 年 月 日 署 名 _____

役場記載欄

- ☐ 出産応援ギフト事業申請書
- ☐ 申請者の本人確認書類の写し（コピー）