

|     |  |
|-----|--|
| 申請日 |  |
|-----|--|

妊婦給付認定の資格を有するため、胎児の数について届け出ます。なお、妊婦支援給付金の支給にかかる審査のために必要な情報及び、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、妊婦等包括相談支援事業（伴走型相談支援）等のアンケート結果等）について、必要に応じて関係課と相互に確認・共有することに同意します。

|                                      |                          |          |                                    |
|--------------------------------------|--------------------------|----------|------------------------------------|
| フリガナ                                 |                          |          |                                    |
| 妊婦の氏名                                |                          |          |                                    |
| 生年月日                                 |                          | 電話番号     |                                    |
| 現住所                                  | 〒                        |          |                                    |
| 書類送付先住所<br>(現住所と異なる場合は<br>必ずご記入ください) | 〒                        |          |                                    |
| 妊婦給付認定の有無<br>(該当に○印)                 | 豊中市で妊婦給付認定を 受けた ・ 受けていない |          | ※受けていない場合は、豊中市妊婦支援給付認定申請書を提出してください |
| 妊娠届出日                                |                          | 母子健康手帳番号 |                                    |
| 妊娠届出日<br>時点の住所地                      |                          |          |                                    |
| 分娩予定日                                |                          | 分娩日      |                                    |

|           |  |      |  |
|-----------|--|------|--|
| 医療機関の名称   |  |      |  |
| 医療機関の所在地  |  |      |  |
| 医療機関の電話番号 |  | 胎児の数 |  |
| 診断した医師の氏名 |  |      |  |

|  |                                                                                                                              |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>妊婦支援給付金を受給する資格を有し妊婦支援給付金(2回目)の支給を希望します。なお、他の自治体で妊婦支援給付金(2回目)や子育て応援給付金の支給を受けていません。</p> <p>※支給状況について、他の自治体に確認することがあります。</p> |
|  | <p>支給方法を選択してください。</p> <p>※申請後に支給方法の変更はできません。</p> <p>①はぐみポイント<br/>(マチカネポイント)</p> <p>②現金</p>                                   |
|  | <p>希望しません。</p>                                                                                                               |

|                      |           |  |    |  |
|----------------------|-----------|--|----|--|
| マチカネポイントアプリ<br>お客様氏名 | 姓:        |  | 名: |  |
| ユーザーID               | toyonaka_ |  |    |  |

|            |  |       |  |
|------------|--|-------|--|
| 金融機関名      |  | 本・支店名 |  |
| 金融機関コード    |  | 支店コード |  |
| 口座種別       |  | 口座番号  |  |
| 口座名義(カタカナ) |  |       |  |

・支給決定後、書類送付先住所へ通知書を送付いたします。