

## 出産応援交付金申請書

(国の出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト)

市区町村  
受付印

柏崎市長

お名前

※妊娠している方が、申請者となります。

現住所

連絡先

( )

妊娠届出日

年

月

日

妊娠届出日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)

**出産応援交付金**の支給 (妊婦1人につき5万円) を

希望します。



他の自治体で、国の出産・子育て応援交付金による出産応援ギフトの支給を受けていません。

※ 出産応援ギフトの支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

希望しません。

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 (妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等) 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。

署名

署名日

年

月

日