**胎児の数の届出書**

南部町長

**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 | 〒 |
|  |

**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  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |