

市区町村
受付印

1. 届出者の情報

		届出日		年	月	日
ふりがな		生年	年 月 日			
氏 名		月日				
		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		電話番号	
住 所			
診断した医師の氏名			

妊婦支援給付金（２回目）の支給（胎児の数×５万円）を



☐ 希望しません。

[illegible]