

山武市長

受付印

		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



※ 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。

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														