

妊婦給付認定申請と胎児の数の届出書

市区町村
受付印

東大阪市長

妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定及び胎児の数の届け出の申請をします。

1. 申請者の情報

										申請（届出）日		年	月	日	
ふりがな											生年月日 （年齢）	年	月	日	
氏名											（ ）歳				
個人番号											電話番号				
現住所	〒										職業				
居住地	※現住所と異なる場合のみ記載														

2. 妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報

医療機関の名称										
住所										
電話番号										
診断した医師の氏名										
胎児心拍確認日	令和	年	月	日						

※母子手帳または診断書等のコピーを添付してください。

3. 胎児の数：_____人

4. 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	☐ 「2」と同じ医療機関です。 ※「2」と同じであれば、上の□にチェックの上、 名称、住所、電話番号は記入不要									
住所										
電話番号										
流産・死産となった日	令和	年	月	日						

※母子手帳または診断書等のコピーを添付してください。

5. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（1回目）の支給（5万円）、（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、1回目の支給（5万円）を受けていません。
☐ 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。

☐ 既に他市町村で1回目の支給（5万円）の支給を受けています。

（支給市町村：_____）

☐ 希望しません。

裏面あり

6. 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										

※振込指定口座は妊婦本人名義の口座に限ります。

※振込指定口座の確認ができる通帳等のコピーを添付してください。

7. 本申請にかかる添付書類

- ☐ 母子健康手帳または診断書等のコピー
- ☐ 振込指定口座の確認ができる通帳等のコピー

※確認ができたなら、上の□にチェックをお願いします。

8. グリーフケアについて

流産や死産を経験された方は、辛いお気持ちや悲しみを抱えたまま、誰にも話すことができない方もいらっしゃいます。お母さんの体調や気持ちに関することは、いつでも保健センターにご相談ください。保健師がサポートします。

グリーフケアを希望しますか。

- ☐ 希望する
- ☐ 希望しない

※「希望する」にチェックされた方へは、保健センターより電話でご連絡させていただきます。

9. その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に東大阪市外に転出した場合には東大阪市の妊婦支援給付認定は取り消されます。転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。

身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な支援に必要となる場合には、東大阪市、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）等で活用するアンケート結果等）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