

Explanation of the benefits for Pregnancy application

If the applicant's name, date of birth and address are already written, please check if there are mistakes, please cross them out with two vertical lines and write the correct information next to it.
If nothing is printed, please fill them out.

Confirm [Applicant name (mother) and *Furigana* (name in *Katakana*)]

Confirm [Applicant (mother) date of birth]

[Contact info] Write your phone number

[Bank account to receive this benefits]
Payment cannot be made to someone else's account but the applicant's. (Even the child's account is not acceptable.)
For the banks other than Japan Post Bank (Yucho Bank), write in the upper column.
For Japan Post Bank (Yucho Bank) in the lower column

Banks other than Japan Post Bank, write [Bank's name]

Japan Post Bank (Yucho Bank) write 5 digits of [Yucho number]

[Amount requested/claimed] Check whether 50,000 yen is written.

札幌市妊娠・出産寄り添い給付金(妊娠分)申請書
(出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト)

支給市区町村 (あて先) 札幌市長

3030-0000-0001-01

妊娠分給付金の支給(妊婦1人につき5万円)を希望するため、下記のとおり申請します。

1. 申請者 (フリガナ) 氏名 生年月日 現住所 記入日 20 年 月 日

ホケン ハナコ 保険 花子	西暦 1994 09 18 年 月 日	〒003-0025 白石区本郷通13丁目北●番●-●号
連絡先	西暦 2023 01 04 年 月 日	妊娠届出時点の住所(現住所と異なる場合のみ記載)

※「現住所」には申請時点の住所を記載し、「妊娠届出時点の住所」には札幌市内外を問わず当時の住所が「現住所」と異なる場合のみご記入ください。
※既に印字されている場合は印字内容をご確認いただき、必要に応じて二重線で訂正した上で余白に正しい情報をご記入ください。

2. 同意・誓約事項
以下1~8の事項に同意します。

- 札幌市妊娠・出産応援交付金(現金又はクーポン等による給付)の支給を受けていません。
- 妊娠前から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要な場合には、市町村、医療機関、相談支援機関等が把握した情報(妊娠状況や妊婦一般健康診査受診状況、産後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。
- 他の自治体で、出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト(現金又はクーポン等による給付)の支給を受けていません。
- 給付金の支給要件の該当性を審査するため、札幌市が必要に応じて私の住民基本台帳情報、税情報、生活保護情報や公的年金情報等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
- 提出した書類や公簿等で支給要件に該当するか確認できない場合は、札幌市から求められた関係書類の提出を行います。
- 申請内容等に偽りや相違があり支給要件に該当しなかった場合、札幌市からの給付を受ける前に既に他の自治体で給付を受けていたことが判明した場合は、受領した給付金を速やかに返還します。
- この申請書は、札幌市において支給決定した後は、給付金の請求書として取り扱います。
- 札幌市が支給決定した後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、札幌市が別に定める期限までに申請・請求者に連絡・確認できない場合には、札幌市は当該申請が取り下げられたものとみなします。

3. 受取口座

【受取口座記入欄】
ゆうちょ銀行以外で受け取りをご希望の方

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右記以外で書きください)	(フリガナ) 口座名義 ※「申請・請求者」名義に限る。
1. 銀行 2. 信用金庫 3. 信用協同 4. 協同	本支店 中支店 出張所	1. 普通 2. 当座		

ゆうちょ銀行で受け取りをご希望の方(上段「ゆうちょ銀行以外」に記入された方は記入しないでください。)

ゆうちょ記号	通帳番号(右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義 ※「申請・請求者」名義に限る。

※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

4. 申請額・請求額

申請額・請求額	50,000 円
---------	----------

申請額・請求額は、妊婦1人当たり一律50,000円です。

1/2 (2/2も必ずご記入ください)

[Today's date] Write the date you fill out this application

Confirm [Current address & postal code]

If the current address is different from the address when you submitted the pregnancy notification, write the address and postal code.

[Pregnancy notification date] written on the front cover of the Maternal and Child Health Handbook.

[Signature] Sign here

[Name in *Katakana*] as shown on banknote

[Name in alphabets or *Kanji*] as shown on banknote

[Name in *Katakana*] as shown on banknote

[Name in alphabets or *Kanji*] as shown on banknote

[Branch name]

[Account number]

[Banknote number]