様式第２号（第５条関係）

御所市胎児の数の届出書

（宛先）御所市長

御所市
受付印

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	
現住所	〒		
居住地	（現住所と異なる場合のみ記載）		

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	
住　　所	
電話番号	

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　※申請者である妊産婦本人の口座にお振込みします。

□　妊婦支援給付金（１回目）と同様の口座への振り込みを希望します。（口座情報の記入及びコピー不要）

※１回目から口座名義がお変わりないか、ご確認をお願いします。（変更がある場合は下記へ記入してください。）

□　妊婦支援給付金（１回目）と別の口座への振り込みを希望します。（口座情報の記入及びコピー必要）

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		