

小松市おなかの赤ちゃん給付金申請書

R7.4.1 以降に出生

小松市長

（胎児の数の届出書）

1. 届出者（妊婦）の情報

		届出日 令和 年 月 日			
ふりがな		生年	年 月 日		
氏 名		月日	年 月 日		
		電話番号			
住 所 地	〒 小松市				

2. 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			

3. 小松市おなかの赤ちゃん給付金（妊婦支援給付金（2回目））の支給 申請金額 _____ 人 × 50,000 円 = _____ 円

↑胎児の数

妊婦給付認定の資格を有するため、小松市おなかの赤ちゃん給付金（妊娠支援給付金（2回目））の支給を

☐ 希望します。



☐ 他の市町村で、妊娠支援給付金 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。

4. 振込先口座（届出者本人名義の口座）

☐ 公金受取口座を利用する（記載不要）									
☐ 振込先口座 （届出者本人名義 の口座を記載して ください）を指定 する	金融機関名		本・支店名			金融機関コード		支店コード	
	銀行・金庫 ・農協		本・支店 出張所						
	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								

裏面もあります

◎添付書類確認 ☐ 本人確認書類の写し

☐ 振込先口座がわかるものの写し（公金受取口座を利用される場合は不要）

ここに届出者の本人確認書類の写しを貼ってください。

例）運転免許証やマイナンバーカード、パスポートなど、官公署が発行した顔写真付きの証明書いずれか1点。顔写真付きの証明書がない方は、健康保険証（有効期限が令和7年12月1日より前に切れる場合はその有効期限まで）又は、健康保険の資格確認書、介護保険証、年金手帳、年金証書などのうち2点

ここに届出者名義の口座がわかるもの（通帳、キャッシュカード）の写しを貼ってください。

（公金受取口座を利用される場合は不要）