

小松市うまれた赤ちゃん給付金申請書

令和 年 月 日

（あて先）小松市長

申請者 住所 小松市

お子様の
保護者

氏名

（連絡先： - - ）

お子様の氏名

お子様の生年月日 令和 年 月 日

出生日時点の住所地（現住所と異なる場合のみ記載）

小松市うまれた赤ちゃん給付金の支給を

☐ 希望します。 ☐ 希望しません。



☐ 妊娠時に旧小松市おなかの赤ちゃん給付金（胎児ひとりにつき10万円）の支給を受けていません。

◎申請金額 人 × 50,000円 = 円

↑ うまれた赤ちゃんの人数

◎振込先（※申請者本人名義の口座を記入してください）

金融機関名		支店名		口座 種類	口座番号				(フリガナ) 口座名義	
銀行・金庫 農協		本店・支店 本店・支所 出張所		普通 ・ 当座						
金融機関コード		支店コード (店番)								

妊娠中の身体的、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、市町村、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 令和 年 月 日