

様式第6号（第9条関係）

甲佐町胎児の数の届出書（請求書）

甲佐町長 様

届出日 年 月 日

1. 届出者（妊婦給付認定者）の情報

ふりがな											年 齢		職 業	
氏 名														
個 人 番 号												電 話 番 号		
現 住 所	〒													

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

☐ 甲佐町妊婦給付認定申請書（請求書）と同じ。

医 療 機 関 の 名 称	
住 所	
電 話 番 号	

裏面も必ずご記入ください。

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

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										