

신청자 성함, 생년월일, 주소가 이미 기입이 되어있는 상태라면, 틀린 부분이 없는지 확인하시기 바랍니다.
오류가 있는 경우에는, 두 줄을 긋고 올바른 정보를 기입해 주십시오.
기입이 안 되어 있을 경우, 직접 기입해 주십시오.

[신청자(모) 성함 · 후리가나]를 확인합니다.

[신청자(모)의 생년월일]을 확인합니다.

[연락처] 전화번호를 기입합니다.

유초(우체국)은행 외의 은행인 경우, [은행명]을 기입합니다.

유초(우체국)은행인 경우, 5 자리의 [유초 기호]를 기입합니다

[신청액 · 청구액] 50,000 엔이라고 기입되어 있는지 확인합니다.

임신 급부금 신청서 기입 예시

◆様式第1号(第2-1-1)

開始前妊娠給付用

記入例

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	この申請書は、令和4年4月から12月までに妊娠届を出した方が用いるものです。同封のアンケートにもご記入のうえ、必要な添付書類と合わせてご提出ください。	
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	記入日	20 23 年 2 月 20 日
(フリガナ) 氏 名 サッポロ ハナコ 札幌 花子	生 年 月 日 西暦 1990 年 4 月 1 日	現 住 所 〒 060 - 8611 札幌市中央区北1条西2丁目1-1
連 絡 先 011-211-2111	妊 婦 届 出 日 西暦 2022 年 9 月 1 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、必要に応じて意図で訂正したうえで余白に正しい情報をご記入ください。

[기입일] 신청서를 쓴 날짜를 기입합니다.

[주소 · 우편번호]를 확인합니다.

위의 현주소와 임신신고일 당시의 주소가 다른 경우에만, 임신신고일 당시의 주소와 우편번호를 적습니다.

[임신신고일] 을 기입합니다. 모자 건강수첩의 표지에 적혀 있습니다.

[수취 계좌]

신청자 본인 명의의 계좌가 아니면 임금을 할 수 없습니다. (자녀의 계좌에는 입금할 수 없습니다)

유초(우체국)은행 외의 은행은 위 칸에, 유초 은행은 아래 칸에 기입합니다.

둘 중 하나에만 기입하실 수 있습니다

[지점명]을 기입합니다.

[계좌번호]를 기입합니다.

[가타카나 이름]을 기입합니다.

[알파벳 또는 한자 이름]을 기입합니다.

[가타카나 이름]을 기입합니다.

[알파벳 또는 한자 이름]을 기입합니다.

[통장 번호]를 기입합니다.

2. 同意・誓約		以下1〜8の事項について同意・誓約したうえで、「3. 受取口座」に記入してください。
同意・誓約事項内容のご確認をお願いします。		
1. 札幌市妊娠・出産寄り添い給付金(妊娠分)の支給要件に該当します。		
2. 妊娠前から子育て期にわたる切れ目や妊婦一般健康診査受診状況、伴有すること同意します。		
3. 他の自治体で、出産・子育て応援交付金を受け取ったことがありません。		
4. 給付金の支給要件の該当性を審査・確認を行うことや必要な資料の提供に同意します。		
5. 提出した書類や公簿等で支給要件の該当性を確認します。		
6. 申請内容等に偽りや相違があり、支給額を減額または返還する場合は、受領した給付金を返還します。		
7. この申請書は、札幌市において有効です。		
8. 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、札幌市は当該申請を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
寄附金	札幌 中央区	口座番号(右記欄で記入してください)
金融機関コード	支店コード	口座名義(自署してください) ※「申請・請求者」名義に限る。
ゆうちょ銀行以外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。)	口座名義(自署してください) ※「申請・請求者」名義に限る。
ゆうちょ記号	通帳番号(右記欄で記入してください。)	口座名義(自署してください) ※「申請・請求者」名義に限る。
※長期間入金のない口座を記入しないでください。		
4. 申請額・請求額		一方をご記入ください。
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。		