

子育て応援ギフト申請書
(出産・子育て応援給付金による子育て応援ギフト)

五島市長

お名前 _____ 母子手帳番号 _____
現住所 _____
連絡先 _____ (_____) _____
お子様の名前 _____
お子様の誕生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
出産日時点の住所地(現住所と異なる場合のみ記載)

子育て応援ギフトの支給(お子様1人につき5万円相当)の支給を

希望します。



他自治体で、出産・子育て応援給付金による子育て応援ギフトの支給を受けていません。
※子育て応援ギフトの支給状況などについて、他自治体に確認することがあります。

希望しません。

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要とする場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報(産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や支援プランの内容等)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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

振込先

金融機関名	銀行・組合		本店
	金庫・農協		支店
預金種別	普通・当座	口座番号	出張所
口座名義人	※カタカナで記入してください。		