

記入例（出産応援給付金対象の方）

稲敷市出産・子育て応援給付金支給申請書兼請求書
（出産・子育て応援交付金による出産・育児応援ギフト）

妊娠した方の氏名記入

出産応援給付金に☒点

稲敷市出産・子育て応援給付金支給事務（第1項、第8条第1項及び第9条第1項の規定に基づき、出産・子育て応援交付金の交付を受けるため、次のとおり申請します。）

1. 申請・請求者

給付金の種別		☒ 出産応援給付金		☐ 子育て応援給付金	
出 産 応 援 給 付 金	申請・請求者氏名	稲敷 花子		生年 月日	○ 年 ○ 月 ○ 日
	現住所	〒300-0000 稲敷市○○○ △△△番地		電話 番号	平日昼間に連絡が取れる連絡先 123-4567-8910
	妊娠届出時点の 申請・請求者住所	現住所と異なる場合のみ記載 〒			
	妊娠届出日	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	出産予定日	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	申請額	50,000 円		請求額 ※3	円
子 育 て 応 援 給 付 金	申請・請求者氏名 ※1			生年 月日	年 月 日
	現住所	※ 記入不要です			
	出生届出 の氏名	お子さまがお生まれになってから、赤ちゃん訪問の際に			
	出生届出 申請・請求者	申請書をお渡しします。			
	申請額	50,000 円 × 人 = 円		請求額 ※3	円

※1 給付金それぞれの申請者が同一である場合は、子育て応援給付金の申請欄への記入は不要です。
※2 多胎児の場合は、対象児ごとに記入してください。
※3 記載不要。市で記入します。

申請者名義の口座

2. 給付金振込先

金融 機関名		支店名									
口座 名義人	フリガナのみ イナシキ ハナコ	預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号							

【添付書類】 添付した書類に☒をつけてください。
☐ 申請者本人確認書類（マイナンバーカード（顔写真のある表面のみ）、運転免許証、パスポート等）の写し
☐ 振込先の名義人・口座番号が分かる書類（通帳、キャッシュカード等）の写し

裏面に続きます

3. 誓約・同意事項

よくご覧になって署名をお願いします。

- (1) 他自治体で、国の出産・子育て応援給付金による給付金を受けていません。
・給付金ではなく、出産・子育てギフトとして、サービスやクーポン等で支給されている場合がありますのでご確認ください。
・他自治体の給付相当額と本市給付額に相違がある場合、差額の支給はできません。
- (2) 申請内容の確認のため、稲敷市備付けの公簿等を照会すること、また給付の適性を図るために必要な場合は、市が他の自治体に対し支給状況の照会を行うこと、他の自治体から照会があった際に市が回答することに同意します。
- (3) 申請内容等に偽りがあった場合、相違があり支給要件に該当がなかった場合には、支給済みの給付金について速やかに返還します。
- (4) 出産応援給付金の申請は、妊娠中に行うものになります。ただし、災害その他出産応援金申請者の責めに帰さないやむを得ない特別な事情により出産応援給付金申請者が妊娠中に支給の申請を行うことができなかった場合は、当該やむを得ない特別な事情がやんだ後、3か月以内に支給の申請を行うことに同意いたします。
また、子育て応援給付金の申請は生後4か月頃までに行うものになります。ただし、災害その他子育て応援金申請者の責めに帰さないやむを得ない特別な事情により生後4か月頃までに行うことができなかった場合は、当該やむを得ない特別な事情がやんだ後、3か月以内に支給の申請を行うこととし、対象となる児童が3歳に達する日以降は、支給の申請はできないことに同意いたします。
(事業開始前の対象者は、令和6年3月1日以降の支給の申請はできません。)
- (5) 市が支給決定をした後、申請書兼請求書に不備による振り込み不能等の理由により支払いが完了せず、かつ、市が定める期限までに申請・請求者に連絡・確認ができなかった場合に、稲敷市出産・子育て応援給付金が支給されないことに同意します。
- (6) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要となる場合は、他市町村、医療機関、相談支援関係機関等で把握した情報(妊娠状況や妊産婦健康診査受診状況、産後ケア利用状況、伴走型相談支援等について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

申請者氏名と同じ

署名日の記入を忘れずをお願いします

申請者署名

稲敷 花子

署名日 〇 年 〇 月 〇 日

申請者が未成年等で委任が必要な場合は記入

委任状

私(委任者)は、出産・子育て応援給付金の受領について、稲敷市出産・子育て応援給付金支給事業実施要項に基づく交付申請に関わる権限を(受任者) (続柄) に委任します。

受任者住所:

受任者生年月日:

署名(委任者)

※ 訂正がある場合(記入例)

訂正印と同じ印鑑を押印してください

出 産	申請・請求者氏名	稲敷 花子	〇 年 〇 月 〇 日
	現住所	〒300-0000 稲敷市 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇	〇 年 〇 月 〇 日
	妊娠届出時点の申請・請求者住所	現住所と異なる場合のみ記載	
	妊娠届出日	〇 年 〇 月 〇 日	出産予定日 年 月 日
	申請額	50,000 円	請求額 円

訂正箇所に二重線を引き、訂正印を押印してください