越前町出産応援給付金申請書（請求書）

年　　　月　　　日

越 前 町 長　　様

出産応援給付金（出産・子育て応援交付金）を申請します。

記

１　申請者（妊娠の届出をした妊婦）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生 年 月 日 | | 妊娠届出日 |
| 申請者氏名 |  | | 西暦 | 年 　 月 　 日 | 令和　　　年 月　　日 |
| 現住所 | | 〒  （携帯電話番号　　　　　　　　　　　　）（自宅電話番号　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 妊娠届出日時の住所地  （現住所と異なる場合のみ記載） | | 〒 | | | |

２　出産応援給付金の受給方法

* 現金給付を希望

⇒　□「３　振込先口座」をご記入ください。振込先金融機関口座確認書類の写しを添付してください。

* ふくいはぴコイン（デジタル地域通貨）による給付を希望

⇒　□　ご自身のスマートフォンまたはタブレットに、ふくアプリをダウンロードし、会員登録を行った後、「越前

町出産・子育て応援給付金」サイフを作成してください。

□　ふくアプリ登録情報が分かる画面の写し、「越前町出産・子育て応援給付金」サイフの画面の写しを裏

面に添付または町の面談担当職員に画面を提示してください。

３　振込先口座（申請者の口座に限る）　＜現金給付を希望する場合、記入してください＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協  信用組合・漁協・信漁連 | | 金融機関番号 | | |  |  |  |  |
| 支　店　名 | 本店・支店・出張所 | | 店番号 | | | |  |  |  |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号（右詰め） |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |

５　誓約・同意事項

・他の自治体で、出産応援ギフト（出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト）の支給を受けていません。

※出産応援ギフトの支給状況等について、他の自治体に確認することがあります。

・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、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）について、必要に応じて調査を行うことや、相互に確認・共有することに同意します。

・ふくいはぴコインによる給付の場合、申請者の個人情報（氏名、生年月日、携帯電話番号）を、ふくアプリ・ふくいはぴコイン事業事務局に提供することに同意します。

署名（申請者）

※申請者本人が署名してください。　　　　　　署名日　　　　　　　　年　　　月　　　日

【添付書類】下記に添付書類を貼り付けてください。

＜現金給付を希望する場合＞

振込先金融機関口座確認書類（金融機関名、口座番号、口座名義（カナ）が分かる通帳やキャッシュ

カードの写し）

**振込先金融機関口座確認書類　貼付欄**

**（金融機関名、口座番号、口座名義（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードの写し）**

＜ふくいはぴコインの給付を希望する場合＞　　　　　　職員が目視で確認した場合は添付不要

ふくアプリ登録情報が確認できる画面の写し

「越前町出産・子育て応援給付金」サイフが作成されたことが確認できる画面の写し

**サイフ確認画面**

**貼付欄**

**ふくアプリ登録情報確認**

**画面貼付欄**

　　アプリ登録情報確認　☐　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サイフ確認　☐

受付者