

令和8年度佐川町出産準備支援給付金申請書（請求書）

佐川町長 様

申請日 令和 年 月 日

申請に当たっては、次の各項目に該当するかを確認しチェックをしてください。

<確認項目>

- 住民基本台帳等による受給要件の確認を行うことに同意します。
- 佐川町以外の自治体から、今回の妊娠または出産を対象とした支援金・給付金の給付を受けていません（国の妊婦支援給付金を除く。）。
- 今回の妊娠または出産を対象とした、令和7年度佐川町出産準備支援給付金を受けていません。
- 出産後1年以上にわたり、佐川町で子育てをする予定です。

1 申請・請求者

※産前の申請の場合は2、産後の申請の場合は3の欄に記入してください。

(フリガナ)	住 所
氏 名	高岡郡佐川町
	電話 ()

2 妊娠週数等

妊 娠 週 数	出 産 予 定 日	出産予定児童(胎児)数
週目	令和 年 月 日	人

3 対象児童

※令和8年4月1日から令和9年3月31日までに出生の事由により佐川町の住民基本台帳に登録された児童について記入してください。

	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	対象となる子どもの数
1		令和 年 月 日	人
2		令和 年 月 日	

4 申請額・請求額

申請額・請求額	万円
---------	----

5 振込指定口座

※申請・請求者と同じ名義の口座を指定してください。

金 融 機 関 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号 (右詰めでお書きください。)	口 座 名 義 (カ ナ)
銀行 金庫 農協 協同	本店・本所 支店 支所 出張所	普通 当座 貯蓄		

6 添付書類（該当する書類には右のチェック欄に○を記入）

チェック欄

母子健康手帳の写し(妊娠28週以降と分かるページ又は出生届出済証明のページ)	
預金通帳等の写し(口座番号や口座名義のフリガナがわかるページ)	
本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード ※通知カード不可 等)	