

胎児の数の届出書

北塩原村長

市区町村
受付印

1. 届出者の情報

		届出日		年	月	日
ふりがな		生年		年	月	日
氏 名		月日				
		電話番号				
住 所 地	〒					

2. 胎児の数：_____人

3. 妊娠に関して胎児の数の確認を受けた医療機関の情報

医 療 機 関 の 名 称		電話番号	
住 所			
診断した医師の氏名			

4. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（2回目）の支給（胎児の数×5万円）を

☐ 希望します。



☐ 他の市町村で、2回目の支給（胎児の数×5万円）を受けていません。

※ 妊婦支援給付金の支給状況などについて、他の市町村に確認することがあります。

☐ 希望しません。

5. 振込先口座

☐ 1回目と同じ

☐ その他（下表に記入してください）

金融機関名	本・支店名	金融機関コード	支店コード
銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協	本・支店 本・支所 出張所		
口座種別	口座番号（右詰で記入）	口座名義（カタカナ）	
1 普通 ・ 2 当座			