

ようこそ調布っ子サポート事業 出産応援ギフト申請書

(国の出産・子育て応援交付金事業)

調布市長宛

申請者(妊婦)氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____) _____

母子健康手帳交付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

母子健康手帳交付日時点の住所地(現住所と異なる場合のみ記載)

〒 _____

出産応援ギフト(妊婦1人につき5万円相当)の受け取りを

希望します



他の自治体で出産・子育て応援交付金による出産応援ギフトを受け取って
いません。

※当該ギフトの支給状況などについて、該当の自治体へ確認させていただきます。

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、伴走型相談支援で行うアンケートの回答等)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

健康推進課記入欄	<input type="checkbox"/> すこやか	<input type="checkbox"/> オンライン	<input type="checkbox"/> 転入
管理番号		受付	