

小川村子育て応援ギフト支給申請書兼請求書
（出産・子育て応援交付金による子育て応援ギフト）

小川村長 様

申請者 氏 名 _____

現住所 _____

連絡先 _____（ ） _____

お子様の名前 _____

お子様の誕生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

誕生日時点の住所地（現住所と異なる場合のみ記載）

子育て応援ギフト（出産されたお子様1人につき現金5万円）の支給を

- 希望します。 希望しません。



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

※ 子育て応援ギフトの支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

振込口座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 支所・出張所
	フリガナ	預金種目	普通 当座
	口座名義人	口座番号	

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援にあたり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（産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、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