

子育て応援ギフト申請書
（出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト）

葛巻町長 様

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____

住 所 葛巻町 _____

電話番号 _____

お子様のお名前 _____

お子様の生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出生日時点の住所地（現住所と異なる場合のみ記載）

子育て応援ギフトの支給（お子様1人につき5万円相当）の支給を

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。

希望しません。

振込先

金融機関名	
支店名	
分 類	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義(カタカナ)	

【同意事項】

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（産婦健康診査受診状況や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