

天童市ぴよママ応援ギフト申請（請求）書
（出産・子育て応援給付金事業による子育て応援ギフト）



天 童 市 長 様

子育て応援ギフトの給付を、
□希望します。（下の□にも✓を入れてください）

↳

☐他の自治体で、出産・子育て応援給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。

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

次のとおり子育て応援ギフト（出生した児1人当たり5万円）の給付を申請します。
* 枠内をご記入ください。
* 申請者は産婦名をご記入ください。

申 請 者	電話番号	— —						
	現 住 所	〒994- 天童市						
	フリガナ					生 年 月 日		
	氏 名					S・H	年 月 日	
	フリガナ					R 年 月 日		
	児 の 氏 名							

下記に口座振替(送金)を依頼します。
* 振込先口座は、申請者名義の口座をご記入ください。

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名					本・支店名	本店 ()支店		
	金融機関コード					店番号			
	フリガナ								
	口 座 名 義								
	口 座 種 別	普通 ・ 当座 ・ その他()							
	口 座 番 号 (右詰め)								

<裏面に申請者振込用の通帳またはキャッシュカードのコピーを貼ってください>

申請者振込用の通帳またはキャッシュカードのコピーを貼ってください。

（金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)がわかるもの）