

妊婦給付認定申請書

大阪市長 様

大阪市
受付印

妊婦給付認定の資格を有するため、【同意事項】に同意のうえ、次のとおり妊婦給付認定の申請（妊婦支援給付金支給申請含む）をします。

【同意事項】

- ・妊婦のための支援給付金支給時の通知書を郵送すること。
- ・妊娠中の身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な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、妊婦等包括相談支援事業（伴走型相談支援）等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有すること。
- ・子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に大阪市内に転出した場合には大阪市の妊婦支援給付認定を取り消されること。（転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。）

上記内容について、同意します。

署名（申請者氏名）：

1. 申請者の情報

		申請日				年	月	日	
ふりがな						生年 月日	年 月 日		
氏 名						年齢	歳	職業	
個人番号						電話番号			
現 住 所	〒 大阪市 区								
居 住 地	(現住所と異なる場合のみ記載)								
妊娠届出日	令和	年	月	日		妊娠月数	か月		
出産予定日	令和	年	月	日					
妊娠届出日 時点の住所地	(現住所と異なる場合のみ記載)								

2. 妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報

医 療 機 関 の 名 称	
住 所	
電 話 番 号	
診断した医師の氏名	

3. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（１回目）の支給（５万円）を

- ☐ 希望します。



- ☐ 他[※]の市町村で、1回目の支給（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。

4. 振込先口座（申請者本人の口座を記載してください）

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														

貼 り 付 け

（「個人番号（マイナンバー）が確認できる書類」の
コピーをここに貼り付けてください）

- 貼付物は枠内に貼ってください
- 振込先口座のコピーと重ならないように貼ってください
- 折らずに貼ってください
- 無理な場合は貼らずに A4 サイズにコピーのうえ、封筒に同封してください

貼 り 付 け

（「振込先口座が確認できる書類」のコピーを
ここに貼り付けてください）

- 貼付物は枠内に貼ってください
- 振込先口座のコピーと重ならないように貼ってください
- 折らずに貼ってください
- 無理な場合は貼らずに A4 サイズにコピーのうえ、封筒に同封してください

妊婦給付認定申請 兼 妊娠したこどもの数の届出書

大阪市長 様

大阪市
受付印

1. 給付認定申請

妊婦給付認定の資格を有するため、【同意事項】に同意のうえ、次のとおり妊婦給付認定の申請及び妊娠したこどもの数の届出（妊婦支援給付金支給申請含む）をします。

【同意事項】

- ・妊婦のための支援給付金支給時の通知書を郵送すること。
- ・妊娠中の身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な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、妊婦等包括相談支援事業（伴走型相談支援）等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有すること。
- ・子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に大阪市内に転出した場合には大阪市の妊婦支援給付認定を取り消されること。（転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。）

上記内容について、同意します。

署名（申請者氏名）：

		申請日				年	月	日	
ふりがな						生年	年 月 日		
氏 名						月日			
						年齢	歳	職業	
個人番号						電話番号			
現住所	〒 大阪市 区								
居住地	(現住所と異なる場合のみ記載)								
妊娠届出日	令和	年	月	日		妊娠月数	か月		
出産予定日	令和	年	月	日					
妊娠届出日 時点の住所地	(現住所と異なる場合のみ記載)								

妊娠に関して診療を受けている（受けていた）医療機関の情報

医療機関の名称	
住所	
電話番号	
診断した医師の氏名	

2. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（1回目）の支給（妊婦一人あたり5万円）を

☐ 希望します。



☐ 他の市町村で、1回目の支給（妊婦一人あたり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。

（他の市町村で受給済み ※出産応援給付金の受給済みを含む）

3. 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。

4. 妊娠したこどもの数：_____人

5. 振込先口座（申請者本人の口座を記載してください）

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										

6. その他

・流産・死産等された方については、次の項目の記載が必要です

産科医療機関で流産・死産等の事実が確認された年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

貼 り 付 け

（「個人番号（マイナンバー）が確認できる書類」の
コピーをここに貼り付けてください）

- 貼付物は枠内に貼ってください
- 振込先口座のコピーと重ならないように貼ってください
- 折らずに貼ってください
- 無理な場合は貼らずに A4 サイズにコピーのうえ、封筒に同封してください

貼 り 付 け

（「振込先口座が確認できる書類」のコピーを
ここに貼り付けてください）

- 貼付物は枠内に貼ってください
- 振込先口座のコピーと重ならないように貼ってください
- 折らずに貼ってください
- 無理な場合は貼らずに A4 サイズにコピーのうえ、封筒に同封してください

妊娠したこどもの数の届出書

大阪市長 様



妊娠したこどもの数の届出

【同意事項】に同意のうえ、次のとおり妊娠したこどもの数の届出（妊婦支援給付金支給申請含む）をします。

【同意事項】
妊婦のための支援給付金支給時の通知書を郵送することに同意します。
署名（届出者氏名）：_____

		届出日		年	月	日
ふりがな		生年	年 月 日			
氏 名		月日				
		電話番号				
現 住 所	〒 大阪市 区					
大阪市の給付認定番号（10 桁）						

2. 妊娠したこどもの数：_____人

3. 妊娠したこどもの数の確認を受けた医療機関の情報

医 療 機 関 の 名 称	
住 所	
電 話 番 号	

4. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（2 回目）の支給（妊娠したこどもの数×5 万円）を

☐ 希望します。



☐ 他の市町村で、2 回目の支給（妊娠したこどもの数×5 万円）を受けていません。

☐ 希望しません。

5. 振込先口座（届出者本人の口座を記載してください）

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										

6. その他

・流産・死産等された方については、次の項目の記載が必要です

産科医療機関で流産・死産等の事実が確認された年月日： 年 月 日

貼 り 付 け
(「本人を確認できる書類」の
コピーをここに貼り付けてください)

〈本人を確認できる書類〉

- ・マイナンバーカード（顔写真がある面）
- ・運転免許証
- ・在留カード

〈注意事項〉

- ・貼付物は枠内に貼ってください
- ・振込先口座のコピーと重ならないように貼ってください
- ・折らずに貼ってください
- ・無理な場合は貼らずに A4 サイズにコピーのうえ、封筒に同封してください

貼 り 付 け
(「振込先口座が確認できる書類」のコピーを
ここに貼り付けてください)

〈注意事項〉

- ・貼付物は枠内に貼ってください
- ・振込先口座のコピーと重ならないように貼ってください
- ・折らずに貼ってください
- ・無理な場合は貼らずに A4 サイズにコピーのうえ、封筒に同封してください