様式第4号（第9条関係）

胎児の数の届出書

井川町
受付印

井川町長

１．届出者の情報

		届出日	年　月　日
ふりがな		生年月日	年　月　日
氏　名			
個人番号		電話番号	
住所地	〒		

２．胎児の数：＿＿＿＿＿人

３．妊娠に関して胎児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．妊婦支援給付金等の支給

妊婦支援給付金（２回目）

（胎児の数×５万円）

☐ 希望します。

☐ 他の市町村で、この給付金の支給を受けていません。
※ 妊婦支援給付金等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。

５．振込先口座

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	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 ・ ２ 当座		