（出産後の方用）

申請期限：出生後5か月未満
（令和　　年　　月　　日まで）

金沢市子育て応援給付金申請書兼請求書

（宛先）金沢市長

1．申請者・請求者

※裏面に本人確認書類を貼り付けてください。

記入日	令和　　年　　月　　日

（フリガナ） 氏　名	生年月日				対象児童との続柄	申請者の現住所（住民票所在地）
	□昭和 □平成	年	月	日		電話（　　－　　－　　）※日中連絡のつく連絡先
						出生日時点の住所地 ※現住所と異なる場合のみ記入

2．対象児童

No.	（フリガナ） 氏　名	出生日			住所（別居の場合のみ記入）
1		令和　　年	月	日	
2		令和　　年	月	日	

3．振込口座（申請者の口座）　※申請者以外の口座の場合は、委任欄に署名してください。

【受取口座記入欄】

金融機関名		支店名		分類	口座番号（右詰めでお書きください。）	口座名義人（カナ氏名）
	□銀行 □金庫 □信組 □信連 □農協 □漁協		□本店 □支店	□普通 □当座		
金融機関番号		店番号				

委　任　状（金沢市子育て応援給付金を支給対象者（申請者・請求者）以外が受領する場合必要となります。）

金沢市子育て応援給付金の受領に関する一切の権限を下記の受任者に委任します。

委任者 〔申請者〕	氏名	
受任者	氏名	住所

※裏面に振込口座を確認できる書類を貼り付けてください。
※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入してください。
※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

4．誓約・同意事項

(1) 他の自治体で、子育て応援ギフト（国の出産・子育て応援交付金による子育て応援ギフト）の支給を受けてないことを誓約します。
(2) 対象児童は、申請者が養育しており、金沢市子育て応援給付金の支給対象外となる児童手当法第4条第1項第4号に規定する小規模住居型児童養育事業を行う者、同号に規定する障害児入所施設等又は法人により養育されている者ではないことを誓約します。
(3) 金沢市子育て応援給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、金沢市が必要な公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
(4) 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
(5) 金沢市が支給決定をした後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、金沢市が定める期限までに申請・請求者に連絡・確認できない場合には、当該申請が取り下げられたものとみなすことに同意します。
(6) 申請内容等に偽りがあった場合、相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの給付金について速やかに返還します。
(7) この申請書は、金沢市において支給決定をした後は給付金の請求書として取り扱います。
(8) この申請及び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、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、必要に応じて調査を行うことや、相互に確認・共有することに同意します。

署　名（申請者）

署名日（申請者）　　年　　月　　日

申請者が未成年者又は成年被後見人の場合は、以下に法定代理人（親権者、後見人など）が署名してください。

署　名（法定代理人）

署名日（法定代理人）　　年　　月　　日

裏面へ続く

添付書類貼り付け欄　※枠に収まらない場合は書類を折り曲げてはりつけてください

①申請者の本人確認書類の写し　※次のいずれかの書類の写しを添付してください

- 運転免許証
- マイナンバーカード（表面のみ、裏面はコピーしないでください）
- 健康保険証のコピー（記号・番号・保険者番号は判別できないように塗りつぶしてください）
- 年金手帳のコピー　等

②振込先金融機関口座確認書類　※次のいずれかの書類の写しを添付してください

- 通帳（口座番号が書かれた部分）のコピー
- キャッシュカードのコピー
- インターネットバンキングの画面のコピー

③母子健康手帳　※出産届出済証明のページの写しを添付してください

チェックリスト

以下の項目について確認し、チェック欄（☐）にチェック「✔」を入れてください

☐　申請者･請求者は、赤ちゃん訪問等の面談を受けた方である。

☐　記入した項目に記載漏れや記載誤りはない。

☐　記入した口座番号と添付した通帳の写しの番号は一致する。

☐　本人確認書類の写し、振込先金融機関口座確認書類、母子健康手帳が添付されている。

※下記の二次元コードから電子申請も可能です

【金沢市電子申請サービス】

【記載方法や本給付金等に関する問い合わせ】 金沢市福祉健康センター総務課　TEL(076)234-5106　FAX(076)234-5104　Mail　ouenkyufu@city.kanazawa.lg.jp

※以下の欄は記入しないでください。

面談時確認			
アンケート	☐ EPDS ☐ 聞き取り	面談者	☐ 母　☐ 父　☐　方祖父母 ☐ 他（　　）

受付場所	☐泉野HC　☐元町HC　☐駅西HC　☐本庁　☐郵送

確　認　事　項		
本人確認	☐ 免許証	☐ 保険証
	☐ 住基カード	☐ 年金手帳
	☐ 旅券	☐ その他（　　）
	☐ マイナンバーカード	
☐　母子健康手帳		

整理番号

支給決定額
円

不備書類	
☐ なし	☐ 委任状
☐ 口座	☐ 署名
☐ 本人確認	☐ 口座確認
☐ 母子健康手帳	☐ その他（　　）

書類審査欄		
住所	口座	記載事項