

再 交 付

豊島区出産応援ギフト申請書

令和 5 年 月 日

豊 島 区 長 宛

出産応援ギフトの支給を 希望します 希望しません

下記【誓約・同意事項】に誓約・同意のうえ、「妊娠した方へのアンケート」を添えて申請します。

【申請者（妊婦）】 必ず自筆でご記入・ご署名ください

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日			
妊婦氏名			平成						
現住所									
日中連絡先	()								
妊娠届出日	令和	年	月	日	出産予定日	令和	年	月	日
妊娠届出日時点の住所 (現住所と異なる場合は記入してください)									

【誓約・同意事項】

出産応援ギフト（妊婦 1 人につき5万円相当）の支給を希望する場合は、下記の①～⑤すべての項目を確認し、□にチェック（✓）してください。

以下の①～⑤すべての同意事項について確認し、誓約同意します。

- ①産科医療機関を受診し、医師による妊娠の事実の確認を受けました。
- ②産科医療機関等に妊娠状況などの確認を行うことに同意します。
- ③他の自治体で、出産・子育て応援交付金による出産応援ギフトの支給を受けていません。
- ④出産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に同意します。
- ⑤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、豊島区、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、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

以上に相違ありません。

令和 年 月 日 申請・請求者署名

★記入事項や添付書類にもれがあるとギフトの支給対象になりませんのでご注意ください★

【区事務処理欄】

アンケート	出産	ギフト発送

再 交 付 妊 娠 届 出 を さ れ た か た へ の ア ン ケ ー ト

妊娠・出産について情報提供や相談を行うために、以下の質問にご協力をお願いします。

氏名	フリガナ	生年月日	(歳)
夫・パートナーの氏名	フリガナ	生年月日	(歳)
現住所	豊島区	日中連絡先	
同居のご家族	<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 子ども (歳 歳 歳) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 同居家族なし		

- 現在の妊娠週数 妊娠 () 週 単胎・多胎 (ふたご みつご)
- 出産予定日 令和 年 月 日
- 出産する病院は決まっていますか。 はい (いいえ)
- 妊婦健診は定期的に受けていますか。 はい (健診施設:) いいえ
- ゆりかご面接は受けましたか。 はい いいえ
(※池袋保健所または長崎健康相談所で助産師が行う面接)
- 出産後、相談したり、育児や家事のサポートをしてくれる人は身近にいますか。
 はい 夫(パートナー)・実父母・義父母・兄弟姉妹・友人・その他 ()
 いいえ
- 今のお気持ちと体調はいかがですか。
 よい よくない ()
- 妊娠・出産・子育てについて、相談したいことがありますか。
 はい 内容 _____
 いいえ _____

ご協力ありがとうございました。
ご相談の内容を記載して下さったかたへ、保健所からお電話させていただきます
また、それ以外でもお電話させていただくことがあります。

* 保健所記入欄 *



キリトリ

〒170-0013

東京都豊島区東池袋 4-42-16

池袋保健所 健康推進課

管理・事業グループ

出産・子育て応援事業担当 宛