

新潟市妊婦のための支援給付事務取扱要綱

(目的)

第1条 子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号。）に基づく妊婦のための支援給付については、子ども・子育て支援法施行規則（平成26年内閣府令第44号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(妊婦のための支援給付を受ける資格を有することについての認定申請等)

第2条 施行規則第1条の4の2第1項に規定する妊婦のための支援給付を受ける資格を有することについての認定（以下「妊婦給付認定」という。）の申請は、妊娠届出書の提出により行う。

2 転入者又は妊娠届出前に流産、死産若しくは人工妊娠中絶（以下「流産等」という。）した者は前項の規定によらず、次のいずれかを提出することにより妊婦給付認定の申請を行う。

(1) 転入者は別記様式第1号

(2) 流産等した者は別記様式第1号かつ、別記様式第2号若しくは別記様式3号又はそれに準ずる書類

3 前2項の審査を行うに当たって、必要に応じて、医療機関に妊娠の事実を確認することにより、当該者が対象者であるか確認を行う。

(妊婦支援給付金1回目の申請等)

第3条 前条第1項又は第2項の申請者は、妊婦給付認定申請の提出日以降に別記様式第4号を提出することができる。

2 前項の申請は原則、電子申請により行う。

(妊婦支援給付金2回目の申請等)

第4条 施行規則第1条の4の3に規定する胎児の数の届出は、出産予定日の8週間前の（これ以前に出産又は流産等したものはその日、これ以降に転入した者は妊婦給付認定申請の提出日）以降に、別記様式第5号の提出により行う。

2 前項の申請は原則、電子申請により行う。

(妊婦給付認定の取消し)

第5条 妊婦給付認定者が本市以外に転出した場合は、本市の妊婦給付認定は取り消されるものとする。

(給付金の返還)

第6条 給付金の支給を受けた後に支給対象者の要件に該当しないと判明したとき又はその他不正の手段により給付金の支給を受けた者に対し、支給を行った給付金の返還を求める。

(その他)

第7条 この要綱の実施のために必要な事項は、市長が別に定める。

附則

この要綱は、令和8年2月20日から施行し、令和7年4月1日に遡って適用する。

妊婦給付認定申請書

私は、妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定の申請をします。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 (妊産婦本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名		電話番号	※日中連絡のつく連絡先 ()	
	個人番号 (マイナンバー)		職業		
	住所 (住民票のある住所)	〒 新潟県 新潟市 区			
	母子健康手帳番号 (※1)		妊娠届出日 ※母子健康手帳 発行日	年 月 日	
	出産予定日 ※出産等した場合も 予定日を記入	年 月 日	現在の妊娠週数 (※2)	満 週 (第 月)	
	出産した日または 流産・死産が 分かった日 (※3)	年 月 日	出産 ・ 流産 ・ 死産 (死産届を提出した方)		
医療 機 関 情 報	名称 ※必須				
	住所				
	電話番号				
	妊娠の診断をした 医師の氏名 ※必須				
<p>【妊婦支援給付金の支給】 (どちらか該当する方のチェック欄 (□) に『✓』を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 妊婦支援給付金1回目の支給 (5万円) を希望します。</p> <p><input type="checkbox"/> 既に他市区町村で妊婦支援給付金1回目または出産応援ギフトの支給 (5万円) を受けています。 妊婦支援給付金2回目の支給 (胎児の数×5万円) は受けていません。</p> <p>【確認事項】 (両方のチェック欄 (□) に『✓』を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 胎児心拍を医療機関で確認済みです。</p> <p><input type="checkbox"/> 仮に、二重支給となった場合には、全額返還することに同意します。あわせて、支給状況等について、他の市区町村に確認することに同意します。</p> <p>【同意事項】 (両方のチェック欄 (□) に『✓』を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 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な場合には、市区町村、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・共有することに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 本給付金の支給可否を審査するため、新潟市が必要な住民記録等の確認を行うことや、新潟市が把握する情報で確認できない場合は必要書類の追加提出を行うことに同意します。</p> <p>【死産届情報の利用】 (妊娠届出前に死産した方で同意する場合はチェック欄 (□) に『✓』を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 母子保健法に規定する各母子保健施策を適切に行うために取得した死産届に関する情報を、本給付金の支給可否等を審査するために利用することに同意します。</p> <p>【その他】</p> <p>子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に新潟市外に転出した場合には新潟市の妊婦支援給付認定は取り消されます。転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転出先市区町村で再度認定を受けていただく必要があります。</p>					

※1 新潟市の母子健康手帳番号を記入してください。多胎の場合は第一子の母子健康手帳番号を記入してください。

※2 現在、妊娠中の場合は記入してください。

※3 すでに出産された方や流産・死産された方は日付を記入し、該当するものに丸をつけてください。

【区処理欄】 妊娠した胎児の数 (子の数) : 人妊産婦の整理番号 :

妊婦給付認定用診断書

<受診者>

住 所 新潟市 区

氏 名

生年月日 年 月 日生

<診 断>

胎児心拍確認日 年 月 日

胎児心拍確認日時点の妊娠週数 第（ ）週

心拍が認められた胎児数 1 ・ 2 ・ （ ）

流産となった日 年 月 日

上記の通り証明します。

年 月 日

施設名

所在地

医師氏名

妊婦給付認定用診断書

＜受診者＞

住 所 新潟市 区

氏 名

生年月日 年 月 日生

＜診 断＞

胎児心拍確認日（※1） 年 月 日

胎児心拍確認日時点の妊娠週数（※2） 第（ ）週

死産となった胎児の数 1 ・ 2 ・ （ ）

死産の種類 自然死産 ・ 人工死産

死産となった日 年 月 日

死産となった日時点の妊娠週数（※3） 第（ ）週

上記の通り証明します。

年 月 日

施設名

所在地

医師氏名

※1：「胎児心拍確認日」は胎児心拍を確認していた場合は記入してください。（自然死産で胎児心拍を確認していなかった場合は記入不要です。）

※2または※3のどちらかを記入してください。

妊婦支援給付金1回目申請書

私は、妊婦支援給付金1回目の支給を受けるにあたり、下記口座に振込を依頼します。

年 月 日

(宛先)新潟市長

申請者 (妊産婦本人)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		電話番号	※日中連絡のつく連絡先 ()		
	住所 (住民票のある住所)	〒新潟県新潟市 区				
	通知書送付先住所 ※上記住所以外へ送付を希望する場合は記入	〒				
	母子健康手帳番号 (※1)					
<p>【妊婦支援給付金の支給】 (チェック欄 (□) に『✓』を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 他の市区町村で妊婦支援給付金1回目または出産・子育て応援交付金による出産応援ギフトの支給は受けていません。仮に、二重支給となった場合には、全額返還することに同意します。(支給状況等について、他の市区町村に確認することがあります。)</p> <p><input type="checkbox"/> (令和6年度に妊娠届出をした場合) 妊婦給付認定の資格を有するため、妊婦給付認定の申請をします。</p> <p>【同意事項】 (全てのチェック欄 (□) に『✓』を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 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、市区町村、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・共有することに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に新潟市外に転出した場合には新潟市の妊婦支援給付認定は取り消されます。転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転出先市区町村で再度認定を受けていただく必要があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 本給付金の支給可否を審査するため、新潟市が必要な住民記録等の確認を行うことや、新潟市が把握する情報で確認できない場合は必要書類の追加提出を行うことに同意します。</p>						
振込先	金融機関名 (※2)		銀行 金庫 信組 信連 農協 漁協 信漁連	支店名		本・支店 本・支所 出張所
	金融機関コード			支店コード		
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義人 (※3)					

【添付資料】口座情報が分かる通帳の写し(コピー)

- ※1 新潟市の母子健康手帳番号を記入してください。多胎の場合は第一子の母子健康手帳番号を記入してください。
- ※2 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)をご記入ください。
- ※3 口座名義人は妊産婦の現在の氏名と同一のものを記載してください。

妊婦支援給付金2回目申請書
(胎児の数の届出書)

私は、以下のとおり胎児の数の届出を行い、妊婦支援給付金2回目を申請します。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 (妊産婦本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		電話番号	※日中連絡のつく連絡先 ()		
	住所 (住民票のある住所)	〒 新潟県 新潟市 区				
	通知書送付先住所 ※上記住所以外へ送付を希望する場合は記入	〒				
	母子健康手帳番号 (※1)		出産予定日 ※出産等した場合も予定日を記入	年 月 日		
	胎児の数 (妊娠した子の数)					
	出産した日または 流産・死産が 分かった日(※2)	年 月 日 出産・流産・死産(死産届を提出した方)				
胎児の数を 確認した 医療機関名						
【妊婦支援給付金の支給】 (チェック欄(□)に『✓』を入れてください) <input type="checkbox"/> 他の市区町村で妊婦支援給付金2回目の支給は受けていません。仮に、二重支給となった場合には、全額返還することに同意します。(支給状況等について、他の市区町村に確認することがあります。) <input type="checkbox"/> (令和6年度に妊娠届出をした場合) 妊婦給付認定の資格を有するため、妊婦給付認定の申請をします。 【同意事項】 (両方のチェック欄(□)に『✓』を入れてください) <input type="checkbox"/> 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、市区町村、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・共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> 本給付金の支給可否を審査するため、新潟市が必要な住民記録等の確認を行うことや、新潟市が把握する情報で確認できない場合は必要書類の追加提出を行うことに同意します。						
振込先	金融機関名 (※3)		銀行 金庫 信組 信連 農協 漁協 信漁連	支店名		本・支店 本・支所 出張所
	金融機関コード			支店コード		
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人 (※4)					

【添付資料】口座情報が分かる通帳の写し(コピー)

- ※1 新潟市の母子健康手帳番号を記入してください。多胎の場合は第一子の母子健康手帳番号を記入してください。
- ※2 出産予定日の8週間前の日より早く申請する場合で、すでに出産している場合は出産した日、流産・死産された方は流産・死産が分かった日を記入し、該当するものに丸をつけてください。
- ※3 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)をご記入ください。
- ※4 口座名義人は妊産婦の現在の氏名と同一のものを記載してください。