様式第3号

令和　年　月　日

〒　　ー

産山村大字　　　　　　番地

　様

産山村健康福祉課

妊婦のための支援給付認定通知

　令和　年　月　日付で請求のありました「妊婦のための支援給付（１回目）」については、次のとおり認定しましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 給付認定者 | 　様 |
| 支給額（１回目） | ５万円 |
| 振込予定日 | 令和　年　月　日（予定） |
| 振込口座 | 指定口座 |

●妊婦のための支援給付（２回目）の支給について

２回目は「妊娠しているこどもの人数×５万円」を支給します。

支給を受けるためには、妊娠している子どもの人数の届出が必要です。出産予定日の８週間前の日から申請できます。

時期が近くなりましたら、改めてご案内いたします。

【問い合わせ先】

産山村役場　健康福祉課

Tel　０９６７－２５－２２１２

様式第3号

令和　年　月　日

〒　　ー

産山村大字　　　　　　番地

　様

産山村健康福祉課

妊婦のための支援給付認定通知

　令和　年　月　日付で請求のありました「妊婦のための支援給付（２回目）」については、次のとおり認定しましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 給付認定者 | 　様 |
| 支給額（２回目） | ５万円×妊娠しているこどもの数 |
| 振込予定日 | 令和　年　月　日（予定） |
| 振込口座 | 指定口座 |

【問い合わせ先】

産山村役場　健康福祉課

Tel　０９６７－２５－２２１２