

東かがわ市告示第37号

東かがわ市ワクワク子育て応援事業（妊婦のための支援給付等）実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和8年3月25日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市ワクワク子育て応援事業（妊婦のための支援給付等）実施要綱の一部を改正する告示
 東かがわ市ワクワク子育て応援事業（妊婦のための支援給付等）実施要綱（令和7年東かがわ市告示第63号）の一部を次のように改正する。
 次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前																																																																																																
<p>様式第1号（第4条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">妊婦給付認定申請書</p> <p>東かがわ市長</p> <p>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>1. 申請者の情報</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">申請日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">ふりがな 氏名</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年齢</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">職業</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">電話番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>現住所</td> <td colspan="4">〒</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="4"><small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small></td> </tr> <tr> <td>妊娠届出日</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">妊娠月数</td> </tr> <tr> <td>妊娠届出日</td> <td colspan="4"><small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small></td> </tr> <tr> <td>時点の住所地</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <p>2. 妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">医療機関の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診断した医師の氏名</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">裏面あり</p>		申請日	年	月	日	ふりがな 氏名	年齢		職業			電話番号				現住所	〒				居住地	<small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small>				妊娠届出日	年	月	日	妊娠月数	妊娠届出日	<small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small>				時点の住所地					医療機関の名称		住所		電話番号		診断した医師の氏名		<p>様式第1号（第4条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">妊婦給付認定申請書</p> <p>東かがわ市長</p> <p>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>1. 申請者の情報</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">申請日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">ふりがな 氏名</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年齢</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">職業</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">電話番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>現住所</td> <td colspan="4">〒</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="4"><small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small></td> </tr> <tr> <td>妊娠届出日</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">妊娠月数</td> </tr> <tr> <td>妊娠届出日</td> <td colspan="4"><small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small></td> </tr> <tr> <td>時点の住所地</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <p>2. 妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">医療機関の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診断した医師の氏名</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">裏面あり</p>		申請日	年	月	日	ふりがな 氏名	年齢		職業			電話番号				現住所	〒				居住地	<small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small>				妊娠届出日	年	月	日	妊娠月数	妊娠届出日	<small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small>				時点の住所地					医療機関の名称		住所		電話番号		診断した医師の氏名	
	申請日	年	月	日																																																																																													
ふりがな 氏名	年齢		職業																																																																																														
	電話番号																																																																																																
現住所	〒																																																																																																
居住地	<small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small>																																																																																																
妊娠届出日	年	月	日	妊娠月数																																																																																													
妊娠届出日	<small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small>																																																																																																
時点の住所地																																																																																																	
医療機関の名称																																																																																																	
住所																																																																																																	
電話番号																																																																																																	
診断した医師の氏名																																																																																																	
	申請日	年	月	日																																																																																													
ふりがな 氏名	年齢		職業																																																																																														
	電話番号																																																																																																
現住所	〒																																																																																																
居住地	<small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small>																																																																																																
妊娠届出日	年	月	日	妊娠月数																																																																																													
妊娠届出日	<small>（現住所と異なる場合のみ記載）</small>																																																																																																
時点の住所地																																																																																																	
医療機関の名称																																																																																																	
住所																																																																																																	
電話番号																																																																																																	
診断した医師の氏名																																																																																																	

改正後

3. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（1回目）の支給（5万円）を

希望します。



他の市町村で、1回目の支給（5万円）を受けていません。

※ 妊婦支援給付金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。

既に他市町村で1回目の支給（5万円）を受けています。

（支給市町村： ）

希望しません。

4. その他

子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦給付認定後に東かがわ市外に転出した場合には東かがわ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、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。

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（伴走型相談支援）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。

署名
署名日 年 月 日

改正前

3. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（1回目）の支給（5万円）を

希望します。



他の市町村で、1回目の支給（5万円）を受けていません。

※ 妊婦支援給付金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。



給付金（5万円）を、

現金で口座振込により受け取ります。

香川県妊婦のための支援ギフト「ともはぐ」で受け取ります。

既に他市町村で1回目の支給（5万円）の支給を受けています。

（支給市町村： ）

希望しません。

4. その他

子ども・子育て支援法第10条の10の規定に基づき、妊婦給付認定後に東かがわ市外に転出した場合には、東かがわ市の妊婦支援給付認定は取り消される場合があります。転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転入先市町村で再度認定を受けていただく必要があります。

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（伴走型相談支援）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。

署名
署名日 年 月 日

改正後

様式第2号（第4条関係）

胎児の数の届出書

東かがわ市長

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	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. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（2回目）の支給（胎児の数×5万円）を

希望します。

他の市町村で、2回目の支給（胎児の数×5万円）を受けていません。
※ 妊婦支援給付金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。

既に他市町村で2回目の支給（胎児の数×5万円）を受けています。
（支給市町村： _____）

希望しません。

改正前

様式第2号（第4条関係）

胎児の数の届出書

東かがわ市長

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	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. 妊婦支援給付金の支給

妊婦支援給付金（2回目）の支給（胎児の数×5万円）を

希望します。

他の市町村で、2回目の支給（胎児の数×5万円）を受けていません。
※ 妊婦支援給付金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。

給付金（5万円）を、
 現金で口座振込により受け取ります。
 香川県妊婦のための支援ギフト「ともはぐ」で受け取ります。

希望しません。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。