

令和 5 年 月 日

豊島区長 宛

子育て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、「出産した方へのアンケート」を添えて申請します。

【申請者】 必ず自筆でご記入・ご署名ください

フリガナ		お子様との続柄 ○で囲んでください	母・父
氏名			その他 ( )
現住所	〒 -		
日中連絡先	( )		
妊娠届出日	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)			

【出生児】

フリガナ		男 女	生年月日	令和 年 月 日
氏名				令和 年 月 日
出生日時点の住所 (現住所と異なる場合は記入してください)				
現在、申請者と出生児は同一世帯ですか？	はい・いいえ			

【誓約・同意事項】

子育て応援ギフト（出生児1人につき5万円相当）の支給を希望する場合は、下記の①～③すべての項目を確認し、にチェック（）してください。

以下の①～③すべての同意事項について確認し、同意します。

- ①他の自治体で、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いません。
- ②出産・子育て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。
- ③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	子育て	ギフト発送

## 再交付 出産した方へのアンケート

子育ての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。

出産した方の 氏名	フリガナ _____	生年月日	_____ ( 歳 )
お子様の 氏名	フリガナ _____	生年月日	_____ ( か月 )
現住所	豊島区 _____	日中連絡先	_____

あてはまるものに○をつけてください。

1 現在のご自身の体調はいかがですか。

- ① 良い ② とても疲れる ③ (腰痛・肩こり・腱鞘炎)がある ④ 食欲がない  
⑤ 出血がある ⑥ その他 ( )

2 ご自身の睡眠の状況はいかがですか。

- ① 良い ② 睡眠不足 ③ 眠れない ④その他 ( )

3 お子様と一緒に過ごすなかで、今のご自身のお気持ちはいかがですか。

- ① 楽しいことが多い 例えはどんなときですか ( )  
② なんとも言えない ( )  
③ つらいことが多い ( )

4 子育てのことで相談したり、協力してくれる人は身近にいますか。

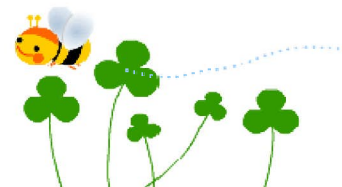
- ① はい 夫・実母・実父・義母・義父・友人・その他 ( )  
② いいえ

5 お子様やご自身のことで気になることや相談したいことがありますか。

- ① はい 内容 \_\_\_\_\_  
② 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くださった方へ、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