

新潟市に住民票のある海外在住者で、海外で妊娠が分かった妊産婦の方へ

1. 妊婦支援給付金の概要

以下のいずれの給付金も申請時点で新潟市に住民票を有する方で、新潟市で妊婦給付認定を受けている必要があります。

▶妊婦給付認定とは

- 対象者：医療機関により胎児心拍を確認された方で、令和7年4月1日以降に妊娠している（いた）方（妊産婦本人）。令和7年4月1日以降の妊娠期間に日本に住民票がある（あった）ことが必要です。
- 申請方法：原則、妊娠届出時に「妊娠届出書」、または転入時に「妊婦給付認定申請書」を提出

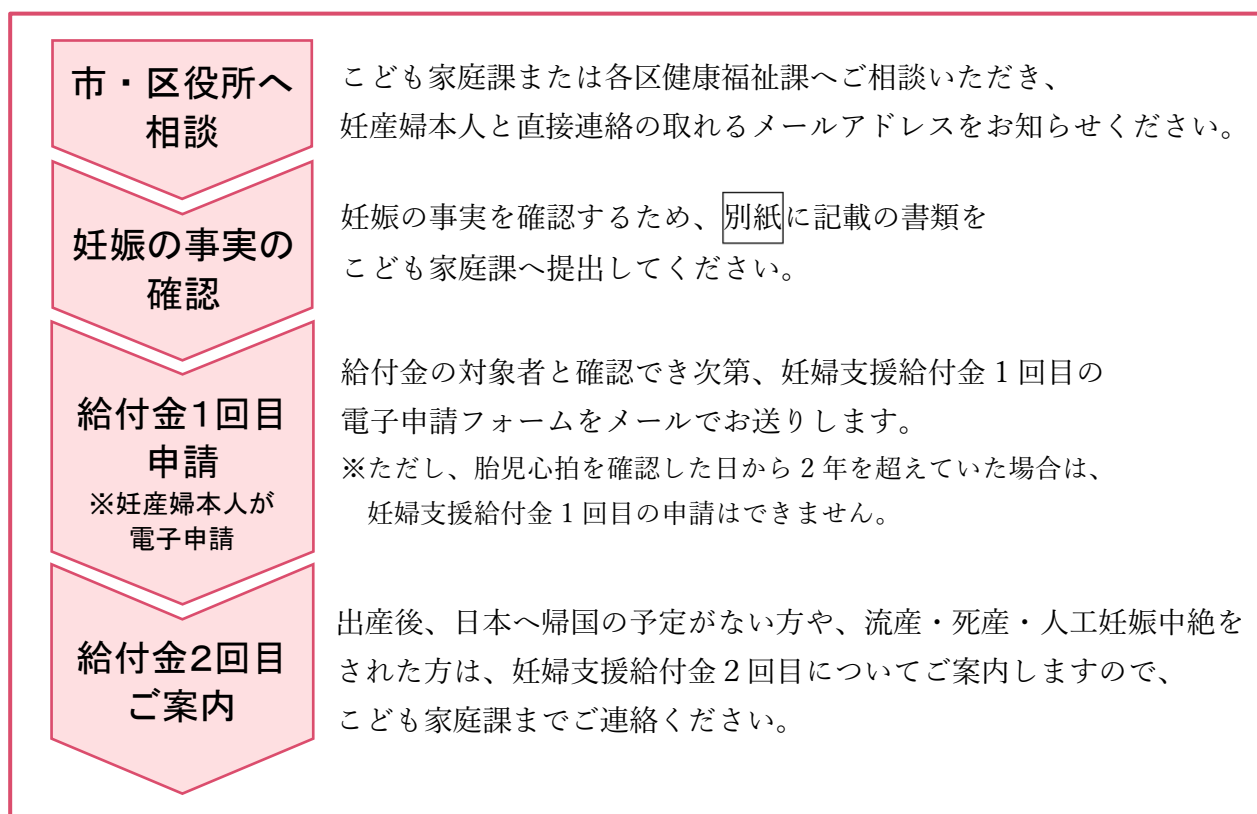
▶妊婦支援給付金1回目：妊婦1人あたり5万円を支給

※胎児心拍確認日から2年以内に申請が必要

▶妊婦支援給付金2回目：胎児の数×5万円

※出産予定日の8週間前の日（これ以前に流産・死産等した場合はその日）から2年以内に申請が必要

2. 妊婦支援給付金を受給するまでの流れ



3. お問い合わせ先

新潟市こども家庭課 妊婦支援給付金 担当

電話：025-226-1205（直通） メール：kodomo.k@city.niigata.lg.jp

別紙 申請書類及び提出先等について

1. 申請書類

妊産婦本人が申請する場合は下記(1)～(4)の書類を提出してください。

妊産婦から委任を受けた方(代理人)が申請する場合は下記(1)～(6)の書類を提出してください。

(1) 妊婦給付認定申請書（原本）

- ・新潟市様式の「妊婦給付認定申請書」を原則、妊産婦本人が必ず記入してください。妊産婦本人以外（代理人）が申請する場合は以下の(5)及び(6)の書類の提出が必要です。
- ・妊産婦本人と直接連絡が取れるメールアドレスを余白に記入してください。申請書に不備があった場合や給付金の電子申請のご案内に使用します。

(2) 妊娠にかかる医師の証明書（原本）

医療機関が胎児心拍を確認している必要があるため、胎児心拍を確認した医療機関で作成した証明書（参考様式）を提出してください。参考様式を使用いただくことを想定していますが、参考様式に記載の内容が全て記入されている医療機関の証明書であれば、医療機関の任意様式でも構いません。
※胎児心拍を確認する前に妊娠 12 週以降の自然死産をした方は、給付金の対象となりますので、別途こども家庭課までお問い合わせください。
※提出された証明書の翻訳を追加でお願いすることがあります。また、当該医療機関を受診していたことを証明するものを追加でご提出いただく場合があります。

(3) 妊産婦のマイナンバー確認書類

- ・マイナンバーカード・通知カード、個人番号が記載された住民票の写し、住民票記載事項証明書のうちいずれか 1 点の写しの提出が必要です。
- ※マイナンバー確認書類をお持ちでない場合は、お電話またはメールでご相談ください。

(4) 妊産婦の本人確認書類

以下のいずれかの写しを提出してください。

- ・マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、官公署から発行された写真付のものであれば 1 点
- ・健康保険証(有効期限内)、官公署から発行された氏名・生年月日(または住所)が記載されたものであれば 2 点

(5) 【代理人が手続きを行う場合のみ】妊婦のための支援給付に係る委任状（原本）

- ・委任者の氏名欄は必ず委任者（妊産婦）本人が自署してください。

(6) 【代理人が手続きを行う場合のみ】委任を受けた代理人の本人確認書類の写し

以下のいずれかを提出してください。

- ・マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、官公署から発行された写真付のものであれば 1 点
- ・健康保険証(有効期限内)、官公署から発行された氏名・生年月日(または住所)が記載されたものであれば 2 点

2. 注意点

- ・(1)～(6)の申請書類は、郵送またはこども家庭課の窓口へ直接提出してください。メールでの提出はできません。
- ・郵送で提出する場合、送料は申請者の負担となります。送料不足の場合は返却されますのでご注意ください。
- ・妊産婦から委任を受けた方（代理人）以外が手続きを行う場合を除き、妊産婦本人が必ず申請書の記入等をしてください。
- ・提出書類は全て揃えてから提出してください。もし、提出書類に不備がある場合、メールでご連絡します。

3. 郵送・提出先

〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1
新潟市こども家庭課 妊婦支援給付金 担当 行

妊娠に関する診断書 Pregnancy Certificate

妊婦氏名 Mother(pregnant woman)'s name				
妊婦生年月日 Mother(pregnant woman)'s date of birth	西暦 (A.D.)	年 (Year)	月 (Month)	日 (Day)
初めて胎児心拍を 確認した日 First confirmed date of fetus' heart rate	西暦 (A.D.)	年 (Year)	月 (Month)	日 (Day)
胎児心拍を確認した 胎児の数 Number of fetuses with confirmed heart rate	1 ・ 2 ・ ()			
2025 年 4 月 1 日以降 From April 1, 2025	妊娠していたと認められる Confirmed to be pregnant			
出産予定日 Estimated date of delivery	西暦 (A.D.)	年 (Year)	月 (Month)	日 (Day)

上記のとおり証明します。

I hereby certify that the above statement is true and correct.

証明日 Certification date	西暦 (A.D.)	年 (Year)	月 (Month)	日 (Day)
医療機関名 Medical institution name				
診断した医師の氏名 Diagnosing physician's name				
医療機関住所 Medical institution address				
医療機関連絡先 Medical institution contact information	Email address : Telephone number :			