

東近江市多胎児家庭サポート事業利用承認申請書

東近江市長 様

申請者 住所 東近江市

フリガナ
氏名

電話

東近江市多胎児家庭サポート事業を利用したいので、東近江市多胎児家庭サポート事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日
申請者				年 月 日 (出産予定日 年 月 日)
対象児				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
同居の 親族				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
利用 希望 内容	<p>【家事援助】</p> <p><input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 住居等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【育児援助】</p> <p><input type="checkbox"/> 食事及び授乳介助 <input type="checkbox"/> おむつ交換支援 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 通院等の介助</p> <p><input type="checkbox"/> 健康診査受診等の介助 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>			

申請に係る住民情報について、市の公簿で確認することに同意します。また、上記の情報をサポーターに提示することに同意します。

申請者署名 _____

職員確認欄	本人確認	母子手帳確認	母子手帳番号