

小松島市子育て世帯訪問支援事業利用申請書

年 月 日

小松島市長 様

次のとおり小松島市子育て世帯訪問支援事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	小松島市		
	電話番号		出産予定日 (妊婦の場合)	年 月 日
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業(学校・園)名
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
申請理由				
希望事業所				
希望するサポートについて 該当するものにレ点	家事支援	育児・養育支援	<input type="checkbox"/> 授乳・離乳食の介助 <input type="checkbox"/> おむつの交換、排せつの介助 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱の世話 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> 保育所等の送迎支援(通院を目的とした送迎は含まない。) <input type="checkbox"/> その他、日常的に行う必要がある育児支援	
利用時間・回数等 (月20時間以内)	() 時間/回 () 回/日 () 日/週			
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで			
情報提供に関する同意書				
小松島市長 様 本申請書に記載のある情報を、サポート提供事業所へ情報提供することに同意します。 また、利用料の決定に必要な利用者及び世帯の所得に関する調査を市が行うことに同意します。 小松島市が保有する情報(生活保護の受給有無等)について、必要に応じ内部で確認することに同意します。				
年 月 日			申請者氏名 _____	