

申請日 年 月 日

(宛先) 高知市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
(サービス調整等で日中連絡が取れる電話番号を
記入してください)

高知市多胎家庭支援事業利用申請書

高知市多胎家庭支援事業の利用を申請します。なお、当該事業の実施に当たり、申請書に記載された事項を受託事業者へ提供すること並びに住民基本台帳による世帯状況等を調査することを承諾します。

記

出産予定日 (妊娠中の場合)		年 月 日		双胎 ・ 品胎
対 象 児	ふりがな 氏 名	性別	生 年 月 日	出生時体重 特記 (健康状態等)
		男・女	年 月 日	体重 特記 (g)
		男・女	年 月 日	体重 特記 (g)
		男・女	年 月 日	体重 特記 (g)
利用 希望 内容	利用を希望する支援内容に○をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 育児支援 【授乳及び食事介助, おむつ交換, 沐浴介助・保護者が家事を行う間の児の見守りなど】 <input type="checkbox"/> 家事支援 【食事の準備及び後片付け, 居室等の掃除・衣類の洗濯など】 <input type="checkbox"/> 外出支援 【通院及び健診等の介助, 近所への散歩や買い物同行など】			
	利用開始 (予定) 日: 年 月 日			
駐車場の有無	有 (場所:) ・ 無			
多胎育児経験者との交流希望の有無	有 ・ 無			

同 居 家 族	氏 名	続柄	年齢	備 考 (健康状態等)