

申請日 ○年 ○月 ○日

高知市長 様

記載例

高知市多胎家庭支援事業利用申請書

	フリガナ 氏名	生年月日	出産予定日（妊娠中の場合）	
妊産婦	トサ ハナコ 土佐 花子	○年 ○月 ○日	○年 ○月 ○日 (双胎 ・ 品胎)	
	トサ イチコ 土佐 一子	○年 ○月 ○日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	出生時体重 2,100 g 特記 (経管栄養)
対象児	トサ ジロウ 土佐 次郎	○年 ○月 ○日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	出生時体重 2,300 g 特記 (良好)
		年 月 日	男 ・ 女	出生時体重 特記 () g
住所	〒○○○ - ○○○○ 高知市 ○○町○丁目○番地		健康状態等	
電話番号	(妊産婦) 090 - ×××× - ××××		〈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〉	
緊急連絡先	080 - △△△△ - △△△△ 氏名 土佐 太郎 続柄 (夫)			
多胎育児経験者との交流希望の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無			
駐車場の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 (場所: 家の敷地内に駐車場あり) ・ 無			

同居家族	氏名	続柄	生年月日	備考 (健康状態等)
		土佐 太郎	夫	○年 ○月 ○日
	土佐 經	長男	○年 ○月 ○日	自閉症
	対象児と妊産婦を除く同一世帯員		年 月	治療中の病気や在宅ケア等あれば記載
			年 月	

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を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。

併せて、妊娠中の申請につきましては、出生確認後、高知市において対象児欄に加筆することを承諾します。(出生確認日: 、記載者:)

対象児と同一世帯の方が申請可能

申請者氏名 土佐 太郎 続柄 (夫)