

第1号様式（第6条関係）

知多市多胎児家庭支援事業利用申請書

知多市長 様

私は、次のとおり知多市多胎児家庭支援事業の利用を申請します。

申請日： 年 月 日

保護者	フリガナ				生年	年 月 日 ( 歳)		
	氏名				月日			
	住所	知多市 電話番号 — —						
	緊急 連絡先	氏名			申請者との関係：			
	電話番号			— —				
	住所							
多胎児の状況	氏名	性別	生年月日	備考				
同居家族の状況（多胎児を除く。）	氏名	続柄	生年月日	職業等	備考			
希望する支援内容	<input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 家庭内での一時預かり							
※下に具体的な内容								
配慮を要する事柄 (治療中の疾患・アレルギー等)								
① 知多市多胎児支援事業利用申請及び事業の利用に必要な情報を実施事業者に提供することに同意します。また、健康状態等について、実施事業者から健康推進課に情報提供することに同意します。 ② 知多市多胎児支援事業利用の審査のため、必要な範囲で、住民基本台帳に関する資料を閲覧することに同意します。								
年 月 日 利用希望者氏名：								