

沖縄市多胎児育児支援員派遣事業利用申請書

年 月 日

沖縄市長様

(申請者) フリガナ 氏名 _____
 住 所 _____
 電 話 _____

多胎児育児支援員派遣事業を利用したいので、沖縄市多胎児育児支援員派遣事業実施要綱第6条第1項の規定により次のとおり申請します。

利用者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ						
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる						
	住 所						
	氏 名						
世帯構成	連絡先 (電話番号)		申請者との関係				
	氏 名	続 柄	生年月日	年齢	職業等	備 考	
申請理由							
支援内容	1 授乳・食事介助			4 児の世話、兄弟の見守り・送迎			
	2 おむつ・衣類交換			5 病院受診等の同行支援			
	3 沐浴・入浴介助			6 その他必要な育児の援助			
支援曜日・時間帯	1 曜日 (月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日曜日 祝祭日)						
	2 時間帯 (時 ~ 時) (時 ~ 時)						

本事業の実施にあたり、この申請書に記載のある情報が受託事業者及び育児支援員に提供されることについて同意します。

氏 名 _____