

### すみずみ子育てサポート事業 利用申込書

令和 年 月 日

おおい町長様

申請者住所  
 申請者氏名  
 (保護者氏名)  
 電話

下記のとおり、利用を申請します。

サービス利用の対象となる児童 または第1子を出産予定の妊婦	氏名	性別	生年月日	年齢	利用区分(いずれかに○を記入)				
					①通常分	②ふく育応援プロジェクト対象	③多胎育児サポート事業対象	④第1子を出産予定の妊婦	⑤生後1か月未満の第1子
					就学前児	第2子以降就学前児	第1子の就学前多胎児 ※②⑤対象者を除く	※1 母子手帳の写し添付	※2 母子手帳の写し添付
その他の家族の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業				
希望するサポート内容 (該当する項目を選択)	<input type="checkbox"/> 施設型一時預かり <input type="checkbox"/> 生活支援 ( )								
サポートを必要とする事由の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                     ※おおむね下記のような事由です。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・就職活動 ・冠婚葬祭 ・看護、介護 ・通院、体調不良</li> <li>・免許取得、更新事務手続き ・家事支援や引越し作業 ・習い事や勉強</li> <li>・行事 ・ボランティア活動 ・休息、リフレッシュ (スポーツ、美容)</li> <li>・保育所等入所、入園までの一時的な預かり ・子供の看護等の間の生活支援</li> <li>・仕事 (原則、継続就労など保育所利用が可能な場合は除く) ・残業 等</li> </ul>								
サポートを必要とする期間	予定	令和 年 月 日 ( ) 時から 令和 年 月 日 ( ) 時まで      合計 _____ 時間							
	変更	令和 年 月 日 ( ) 時から 令和 年 月 日 ( ) 時まで      合計 _____ 時間							
その他									

※1 妊婦の氏名が分かる個所の写しを添付してください。

※2 子どもの生年月日が分かる個所の写しを添付してください。

※申請者記入不用 うち補助対象時間 時間