

様式第1号（第8条関係）

春日市産前・産後サポート事業利用登録申請書

令和4年4月〇日

(宛先) 春日市長

申請者氏名 春日 花子

(代理の場合) 届出人氏名 春日 太郎

住所 春日市昇町〇-〇

電話番号 092-584-1015

(申請者との続柄: 夫)

春日市産前・産後サポート事業実施要項に基づく支援を受けたいので、同要綱第8条第2項の規定により、次のとおり同条第1項に規定する登録を申請します。

なお、この申請に係る審査に当たり、住民基本台帳及び市民税課税台帳を閲覧されることに同意します。

ふりがな 氏名	かすがはなこ 春日 花子	生年月日 (年齢)	平成〇年〇月〇日 (〇〇歳)		
住所	春日市昇町〇丁目〇番地 〇〇マンション〇〇〇号				
出産日 (出産予定日)	令和〇年〇月〇日	多胎の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2) 人 ・ <input type="checkbox"/> なし		
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	緊急 連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (続柄: 夫)		
本人 以外の 家族の 状況	続柄	氏名	フリガナ	年齢	備考
	夫	春日 太郎	カスガ タロウ	〇歳	日中勤務、出張有
	子	春日 あすか	カスガ アスカ	〇歳	第1子 〇保育園
	子	春日 ゆり	カスガ ユリ	〇歳	第2子 〇保育園
支援者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 上記世帯員以外の支援者なし <input type="checkbox"/> 支援者(続柄:)はいるが不在の期間がある。				
派遣希望期間	<input type="checkbox"/> 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで <input checked="" type="checkbox"/> 出産日以降 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後1年未満				
派遣希望時間数	<input type="checkbox"/> 産前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 産後 合計 20時間				
希望する支援の 内容	<input type="checkbox"/> 出産の準備に関する支援 <input checked="" type="checkbox"/> 授乳、排せつ(おむつ交換等)、沐浴等に関する支援 <input checked="" type="checkbox"/> 乳児の兄又は姉(未就学児童に限る。)の世話 <input checked="" type="checkbox"/> その他の支援(母の休養)				