

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

年 月 日

（宛先）春日市長

申請者氏名

（代理の場合）届出人氏名

住所

電話番号

（申請者との続柄： ）

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		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所	春日市		
出産日 (出産予定日)	年 月 日	多胎の有無	<input type="checkbox"/> あり ()人 ・ <input type="checkbox"/> なし
電話番号		緊急連絡先	(続柄：)
本人 以外の 家族の 状況	続柄	氏名	フリガナ
支援者の状況	<input 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 type="checkbox"/> 出産日以降 <input type="checkbox"/> 出産後1年未満		
派遣希望時間数	<input type="checkbox"/> 産前 ・ <input type="checkbox"/> 産後 合計 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 type="checkbox"/> 授乳、排せつ（おむつ交換等）、沐浴等に関する支援 <input type="checkbox"/> 乳児の兄又は姉（未就学児童に限る。）の世話 <input type="checkbox"/> その他の支援 ()		