

別記

第1号様式（第8条関係）

年 月 日

（あて先） 羽島市長

申請者（保護者）

住 所 〒

氏 名

（児との続柄： 父 ・ 母）

電話番号

（日中連絡可能な連絡先を記入してください）

羽島市多胎児支援事業利用申請書

羽島市多胎児支援事業を利用したいので、羽島市多胎児支援事業実施要綱第8条第1項の規定により申請します。

また、対象者の確認のため市の公簿等で確認することに同意します。また、申請書に記載した個人情報をサポートと共有することに同意します。

	ふりがな	性別	生年月日
	氏名		
対象児		男・女	年 月 日
		男・女	
		男・女	
利用希望内容	<input type="checkbox"/> 乳児期における市の保健師が同行する家庭訪問 <input type="checkbox"/> 乳幼児健康診査における支援 (乳児健康診査・10ヵ月児健康診査・1歳6ヵ月児健康診査・3歳児健康診査) ※支援を希望するいずれかの乳幼児健康診査名に○		