

第1号様式（第7条・第8条関係）

東員町多胎児家庭健診等サポート事業利用申請書

年 月 日

（宛先）東員町長

申請者 住所
氏名
電話

次のとおり、多胎児家庭健診等サポート事業の利用を申請します。

ふりがな 子の氏名 （妊娠中の場合 は妊婦氏名）	性別（ ）	年 月 日（ 歳 か月 ）
	性別（ ）	年 月 日（ 歳 か月 ）
	性別（ ）	年 月 日（ 歳 か月 ）
	性別（ ）	年 月 日（ 歳 か月 ）
住所		
緊急連絡先	氏名	子との関係（ ）
	連絡先	
利用を希望する 項目	<input type="checkbox"/> 外出に関する準備（着替えやオムツ交換、お出かけ用品の準備、準備中の子の見守り、車までの移動介助、兄弟の見守り） <input type="checkbox"/> 外出先でのお手伝い（付き添い、見守り、着替えやオムツ交換のお手伝い） <input type="checkbox"/> 外出先から帰宅した際のお手伝い（着替えやオムツ交換、子の見守り、車までの移動介助、兄弟の見守り） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
利用申請理由		

裏面も御記入ください。また、同意欄を御確認ください。

御利用にあたり、母子保健推進員と情報共有させていただきます。次についてお答えください。

1. 利用希望日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
2. 支援場所 (あてはまる項目に○を付けてください) ※③医療機関の場合は「医療機関名」「所在地」、④その他の場合は支援する場所の所在地を下記に記入してください			
① 自宅(行き・帰り)	② 保健福祉センター	③ 医療機関	④ その他
支援場所詳細)			
3. 同行する兄弟の有無 (有・無)	有の場合 氏名 (男・女) 生年月日		

情報提供・サービス利用に関する同意書

(同意書をお読みいただき、をいれてください)

- 1.東員町多胎妊産婦等サポーター事業の利用にあたり、東員町が母子保健推進員に対して必要な個人情報を提供すること及び母子保健推進員がサービスの利用状況等、必要な個人情報を町へ提供することについて了承します。
- 2.やむを得ず利用日の変更・中止をする場合は、速やかに町に連絡します。
- 3.利用日に東員町に住民票を有しない場合、東員町多胎児家庭検診等サポート事業が利用できないことを了承します。