

坂井市すみずみ子育てサポート事業 利用申請書

年 月 日

坂井市長 様

申請者住所
 申請者氏名
 (保護者氏名)
 電話番号 ()

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 児童又は第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子だくさんふくい 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子又は第2子
					就学前児	第2子 就学前児	第3子以降 就学前児	第1子の 就学前多胎児 ※②③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	備考				
希望するサ ポート内容 (該当する項 目を選択)	<input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 送迎 () <input type="checkbox"/> 生活支援 ()									
やむを得ない 事由の有無	※やむを得ない事由とは、おおむね下記のような事由です。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・就職活動・冠婚葬祭・看護・介護・通院・体調不良 ・免許取得、更新等事務手続き・家事支援や引っ越し作業・習い事や勉強 ・行事・ボランティア活動・休息、リフレッシュ（スポーツ、美容） ・保育所等入所、入園までの一時的な預かり・子どもの看護等の間の生活支援 ・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									
サポートを必 要とする期間	予 定	年 月 日 ()	時から							
		年 月 日 ()	時まで	合計 _____ 時間						
サポートを必 要とする期間	変 更	年 月 日 ()	時から							
		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

(裏面)

坂井市すみずみ子育てサポート事業 利用申請書

注：利用時間は、児童1人につき1月当たり70時間以内、
妊婦は1月当たり35時間以内です。

利用日時（ 月分）

日付	曜日	予 定		時間	備考	日付	曜日	予 定		時間	備考
		実	施					実	施		
1		: ~ :				17		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
2		: ~ :				18		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
3		: ~ :				19		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
4		: ~ :				20		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
5		: ~ :				21		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
6		: ~ :				22		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
7		: ~ :				23		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
8		: ~ :				24		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
9		: ~ :				25		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
10		: ~ :				26		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
11		: ~ :				27		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
12		: ~ :				28		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
13		: ~ :				29		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
14		: ~ :				30		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
15		: ~ :				31		: ~ :			
		: ~ :						: ~ :			
16		: ~ :				※サポートを申請する理由が異なる場合は 備考欄に記入してください。					
		: ~ :									