

別記

様式第1号（第6条関係）

佐倉市多胎妊産婦等サポーター事業利用申請書兼同意書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

(利用者との関係 )

多胎妊産婦等サポーター事業の利用を希望するので、次のとおり申請いたします。

利用者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
	子の氏名			年 月 日
	子の氏名			
	子の氏名			
緊急連絡先 (利用者以外)	氏名	(続柄: )	電話番号	

利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用回数	回
希望理由	
支援内容	1 子育ての不安や悩みの傾聴 2 子育てに関する情報提供 3 健診や予防接種、子育て支援拠点等への外出支援 4 その他 ( )

同意書

私は、申請に当たり次の事項に同意します。

- 1 佐倉市が世帯状況について公簿等で確認すること。
- 2 私の情報を必要な範囲で佐倉市がサービス提供事業者に対し提供すること。
- 3 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、サービス利用時の状況を、佐倉市が医療機関、相談支援関係機関等に、必要に応じて相互に確認・情報共有すること。

氏名

㊞

氏名

㊞

\*同意書について、氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。