様式第１号

摂津市多胎児移動支援サポーター派遣申請書

年　　月　　日

摂津市長　様

次のとおり多胎児移動支援サポーターの派遣を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（利用者） | ふりがな |  | 住所 | 摂津市 |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 | 【自　宅】【母携帯】【父携帯】【その他】 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者の同居者 | 氏名 | ふりがな | 続柄 | 生年月日 | 職業等 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 派遣を受ける目的 | □産婦又は乳幼児の健康診査を受けるため□母子保健事業を受けるため□予防接種を受けるため□市内の幼稚園、保育所、認定こども園、小規模保育施設又は児童発達支援施設への見学又は入園等の申込みのため | □市内のつどいの広場、子育てサロン、児童センター、都市公園若しくはちびっこ広場又はこれらと同等の施設の利用のため□市内の公共施設での産婦又は児童に関する申請手続のため□日用品の購入のため□金融機関における各種手続のため□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　私は、市が派遣決定に当たり、必要な範囲において、申請者及び申請者の世帯に係る住民基本台帳等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出することに同意します。　また、上記の情報を摂津市多胎児移動支援サポーター派遣事業受託者に提供することに同意するとともに、市が必要と判断した場合には、同情報を摂津市教育委員会、摂津市福祉事務所、民生児童委員、その他福祉関係者に情報提供することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　 |