様式第１号（第７条関係）

高松市多胎妊産婦支援事業利用申請書

申請日　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

申請者

住所	〒　　－ 高松市
氏名（しめい）	ふりがな（　　）
電話番号	

下記により多胎妊産婦サポーターの利用を申請します。なお、サポーター派遣にあたり、申請書に記載された事項を受託事業者に提供することを承諾します。

記

対象児	ふりがな 氏　　名	性別	生 年 月 日
		男　・　女	年　　月　　日
		男　・　女	年　　月　　日
		男　・　女	年　　月　　日
	出産前の場合	胎児の数 人	出産予定日 年　　月　　日
利用希望内容	（　　）家事援助 【食事の準備・後片付け、衣類の洗濯、居室等の掃除、買い物など】 （　　）育児援助 【授乳介助、おむつ交換支援、沐浴介助、通院等の介助など】		
	（　　）出産前の利用を希望　　利用開始（予定）日　　年　　月　　日		

同居家族	氏　　名	続柄	年齢	備　　考