

# 記入例(産前)

第1号様式

平成28年 4月 5日

久留米市長 宛て

申込者 〒830-0000

住所 久留米市〇〇町☆-☆ △△番地

氏名 久留米 花子

電話 090-△△△-△△△△

緊急連絡先 090-000-0000 (夫)

0942-□□-□□□□(実家)

申し込みする本人以外で  
連絡のつく連絡先を必ず  
記入してください。

## エンゼル応援隊派遣登録申込書

下記のとおり、エンゼル応援隊の派遣の登録を申し込みます。

派遣を希望する初日を記入してください。

出産予定日から6か月後の日を  
記入してください。

記

派遣事項	派遣期間	28年 4月 11日から 29年 4月 1日まで		
	サービスの内容 ※該当するものに○をつけてください。	(1) 乳幼児の育児 (2) 家事	沐浴、保育、保育園などの送迎 調理、衣類の洗濯 住居等の掃除 生活必需品の買い物 その他 ( )	
派遣を申込み理由	家族の支援が見込めないため。			
派遣希望世帯	住所	久留米市〇〇町☆-☆ △△番地		
	世帯構成員	氏名	生まれた子ども との続柄	生年月日
		久留米 太郎	父	S△△. △. △
		久留米 花子	母	S〇〇. 〇. 〇
		久留米 花美	姉	H□□. □. □
		第2子 妊娠中		
妊娠の状況	出産予定日	平成28年 10月 1日	母子健康手帳の交付 未・ <input checked="" type="radio"/> 済	
出産の状況	退院日	年 月 日	出生時体重 g	
かかりつけ医	◎◎産婦人科、☆☆小児科			

- 備考 1 派遣期間は、母子健康手帳交付後から出産退院後6か月(※1)までの期間となります。  
2 派遣回数は、1日1回(午前9時~午後5時までのうち4時間以内)で、通算60日まで(※2)となります。

※1 多胎児、低出生体重児の場合は、その子どもが2歳になる日まで

※2 多胎児、低出生体重日の場合は、通算90日まで