

# 子育て応援券申込書

記入

社会福祉法人常滑市社会福祉協議会長 殿

保護者氏名	常滑 一郎
住 所	常滑市〇〇町〇丁目〇番地 (お住いの町内(例:矢田区1町内)をご記入ください→ <u>〇区 △町内</u> )
連絡先	090-1111-〇〇〇〇 (恐れ入りますが日中に連絡が取りやすい連絡先をご記入ください)
お子さんの氏名・生年月日	常滑 二郎 (性別 男性・女性) (生年月日 令和5年 1月 〇日生)
お子さんの氏名・生年月日	(性別 男性・女性) (生年月日 年 月 日生)
お子さんの氏名・生年月日	(性別 男性・女性) (生年月日 年 月 日生)
希望する訪問日時等	・月曜日から水曜日の午前中 ・金曜日の午後 (ご都合の良い曜日、時間帯などをご記入ください。担当地区の民生児童委員と訪問日時を調整いたします)

※以下の項目は継続利用を希望する場合にご記入ください

継続利用を希望する理由	該当する項目に○で囲んでください ①児童発達支援事業所を利用している ②経済的な支援が必要
①の場合 利用事業所名	・ ・ ・
②の場合 該当する要件	該当する項目に○で囲んでください ①世帯全員の今年度の住民税が非課税の世帯 ②過去1年間の収入が減少し、世帯全員の収入が以前と比較して3/4以下になった場合

※社会福祉協議会記入欄

担当民生児童委員	
訪問日時予定	