

子育て応援券申込書

社会福祉法人常滑市社会福祉協議会長 殿

| | |
|--------------|---|
| 保護者氏名 | |
| 住 所 | (お住いの町内(例:矢田区1町内)をご記入ください→ _____ 区 _____ 町内J) |
| 連絡先 | (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 | (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) |
| 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 | (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 | |