

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

申込日 年 月 日

ふりがな	
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)
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)
ふりがな	
お子さんの氏名・生年月日	
	(性別 男性・女性) (生年月日 令和 年 月 日生)
ふりがな	
お子さんの氏名・生年月日	
	(性別 男性・女性) (生年月日 令和 年 月 日生)
ふりがな	
お子さんの氏名・生年月日	
	(性別 男性・女性) (生年月日 令和 年 月 日生)

※訪問日時につきましては、ご希望の日時を改めて確認させていただき、担当地区の民生児童委員と調整いたします。

↓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	青・鬼・常・南
訪問日時予定	