

年 月 日

(宛先)加賀市長

加賀市子育て寄り添いおむつ事業申込書

加賀市子育て寄り添いおむつ事業実施要項第4条の規定に基づき、子育て寄り添いおむつの支給を受けたいので、下記のとおり申込します。

なお、申込にあたり、審査に必要な世帯情報及び加賀市が委託する業者に対して必要事項を情報提供することに同意します。

申 込 者 (家族の中で平日の日中に電話対応やオムツの受け取りが可能な方をご記載下さい。)	氏名(フリガナ)		続柄	電話番号	
			住 所		
対 象 乳 児	氏名(フリガナ)		続柄	生年月日	性別
				年 月 日	男・女
転 入 年 月 日	年 月 日				
支 給 期 間 ※ 1	初回の支給時にお知らせします。				
そ の 他 連 絡 先 (申込者が電話に出られない場合の連絡先)	携帯電話番号 — — 氏名()続柄()				
注 文 番 号 (カタログから選択)	初回時()番 (1～22番のいずれか一つを選択してください)				
特 記 事 項					
	氏 名	続柄	年 齢	職 業	備 考
市記入欄					

※1 支給期間は、出生月の3か月後から1歳の誕生月分までとする。ただし、3か月を超える申込にあっては申込月の翌々月から1歳の誕生月分まで支給するものとする。

※2 初回の受取場所は自宅となり、2回目以降はご希望の児童センターでの受け取りとなります。