

久留米市長 宛て

申込者 千
住所
氏名
電話
緊急連絡先

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。

記

派遣事項	派遣期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	サービスの内容	(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				
派遣希望世帯	住所	久留米市		
	世帯構成員	氏 名	生まれた子ども との続柄	生 年 月 日
妊娠の状況	出産予定日	年 月 日	母子健康手帳の交付 未・済	
出産の状況	退 院 日	年 月 日	出生時体重 g	
かかりつけ医				

- 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、低出生体重児の場合は、通算90日まで