

久留米市長宛て

申込者 千
住所
ふりがな
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	☐ 乳幼児の育児 ☐ 家事		
派遣を申込み理由	☐ 家族等の支援が見込めないため ☐ その他（ ）			
派遣希望世帯	世帯構成員	氏 名	生まれた 子どもと の続柄	生 年 月 日
世帯区分	☐ その他世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯			
税情報等の確認 に関する同意※	☐ 同意する ☐ 同意しない			
母子健康手帳の 交付	☐ 久留米市 ☐ 他の市町村			
出産予定日	年 月 日	かかりつけ産科		
退 院 日	年 月 日	出生体重	g	

※利用審査及び利用者負担金の決定に当たって、久留米市が以下の調査を行うことがあります。また、当該調査により、確認ができない場合は久留米市が求める必要書類の提出をお願いします。

- 1. 利用者が属する世帯の住民基本台帳に関する資料の調査
- 2. 久留米市が保有する情報のうち、世帯の税情報及び生活保護受給状況に関する資料の調査