

記入例(産前)

第1号様式

令和6年 4月 5日

久留米市長 宛て

申込者 〒830-0000

住所 久留米市〇〇町☆一☆ △△番地

氏名 久留米 花子

電話 090-△△△-△△△△

緊急連絡先 090-000-0000 (夫)

0942-□□-□□□□(実家)

申込みする本人以外で連絡のつく連絡先を必ず記入してください。

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。

派遣を希望する初日を記入してください。

出産予定日から6ヵ月までが派遣期間になります。

記

派遣事項	派遣期間	令和6年 4月 11日から 令和7年 4月 1日まで		
	サービスの内容 ※該当するものに○をつけてください	(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	家族の支援が見込めないため。			
派遣希望世帯	住所	久留米市〇〇町☆一☆ △△番地		
	世帯構成員	氏名	生まれた子どもとの続柄	生年月日
		久留米 太郎 久留米 花子 久留米 花美 第2子妊娠中	父 母 姉	S△△.△.△ H〇〇.〇.〇 R□□.□.□
世帯区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
妊娠の状況	出産予定日	令和6年 10月 1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	◎◎産婦人科、☆☆小児科			

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ヵ月(※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