（表）

助産施設母子生活支援施設入所申込書

年　　月　　日

　　　福祉事務所長　　　　　殿

申込者　住所

氏名

　　下記の理由により、児童福祉法第22条第１項第23条第１項の規定による助産施設母子生活支援施設への入所を申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所を希望する施設名 | | | | | | 第一希望 | | | | | | | |
| 第二希望 | | | | | | | |
| 助産の実施又は母子保護の実施を希望する理由 | | | | | |  | | | | | | | |
| 〔助産の実施を希望する者のみ記入〕 | | | | | | | | | | | | | |
| 出　　　産　　　予　　　定　　　日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 助産を希望する妊産婦 | | 住所 |  | | | | | | |  | |  | |
| 生年月日 |  | | | | 個人番号 | | |  | | | |
| 職業又は就学状況 | | |  | | | | | | | | |
| その他の世帯員 | ふ　り　が　な  氏　　　　名 | | | 続き柄 | | 性別 | | | 生年月日 | | 職業又は就学状況 | | 備　　　考 |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |

（裏）

　〔母子保護の実施を希望する者のみ記入〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母子保護の実施を希望する期間 | | | | | | | | 年　 月　 日から　 年　 月　 日 | | | | | |
| 母子保護の実施を希望する保護者 | | 住所 |  | | | | | | |  | |  | |
| 生年月日 |  | | | | 個人番号 | | |  | | | |
| 職業又は就学状況 | | |  | | | | | | | | |
| 母子保護の実施に係る児童 | |  |  | | | | | | 就学状況 | |  | | |
| 生年月日 |  | | | | | | 個人番号 | |  | | |
| 母子保護の実施に係る児童 | |  |  | | | | | | 就学状況 | |  | | |
| 生年月日 |  | | | | | | 個人番号 | |  | | |
| 母子保護の実施に係る児童 | |  |  | | | | | | 就学状況 | |  | | |
| 生年月日 |  | | | | | | 個人番号 | |  | | |
| その他の世帯員 | ふ　り　が　な  氏　　　　名 | | | 続き柄 | | 性別 | | | 生年月日 | | 職業又は就学状況 | | 備　　　考 |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  | |  |

　備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

　　　　２　「助産の実施又は母子保護の実施を希望する理由」欄は、その具体的な状況を記入すること。

　　　　３　徴収額を決定するために必要な事項に関する書類（課税証明書等）を添付すること。

　　　　４　助産の実施を希望する者は、妊娠証明書を添付すること。