様式第１号（第６条関係）

坂井市すみずみ子育てサポート事業登録申請書

令和　　年　　月　　日

坂井市 長　様

住　　所

申請者氏名
（保護者氏名）

電話番号　　（　　－　　－　　）

次のとおり坂井市すみずみ子育てサポート事業の登録を申請します。

利用希望児童氏名または妊婦氏名	1	ふりがな 氏名　　年　月　日生　（満　歳　月）
	2	ふりがな 氏名　　年　月　日生　（満　歳　月）
	3	ふりがな 氏名　　年　月　日生　（満　歳　月）
	4	ふりがな 氏名　　年　月　日生　（満　歳　月）

	氏名	続柄	生年月日	性別	職業及び勤務先（電話番号）
家族の状況				男　・　女	
				男　・　女	
				男　・　女	
				男　・　女	
				男　・　女	

希望する内容 （妊婦での利用は生活支援のみ）	□　施設型一時預かり □　訪問型一時預かり □　送　　迎（　　～　　） □　生活支援（　　）
児童の特徴行動及び性格 （妊婦の場合は記入不要）	
児童の健康状態 （妊婦の場合は記入不要）	
緊急連絡先	①　　電話
	②　　電話

様式第２号（第6条関係）

坂井市すみずみ子育てサポート事業　利用申請書

令和　　年　　月　　日

坂井市 長　様

申請者住所

申請者氏名
（保護者氏名）

電話番号　（　　）

下記のとおり、利用を申請します。

	氏　名	性 別	生年月日	年 齢	利用区分（いずれかに〇を記入）				
					①通常分	②ふく育応援プロジェクト対象	③多胎育児サポート事業対象	④第1子を出産予定の妊婦	⑤生後1か月未満の第1子
					就学前児	第2子以降就学前児	第１子の就学前多胎児※②⑤対象者を除く	※1母子手帳の写し添付	※2母子手帳の写し添付
サービス利用の対象となる児童または第１子を出産予定の妊婦									

	氏　名	続柄	生年月日	年 齢	職 業	備 考
その他の家族の状況						

希望するサポート内容（該当する項目を選択）	□ 施設型一時預かり □ 訪問型一時預かり □ 送　迎（　　～　　） □ 生活支援（　　）
サポートを必要とする事由の有無	□ 有　　□ 無 **※おおむね下記のような事由です。** ・就職活動・冠婚葬祭・看護、介護・通院、体調不良 ・免許取得、更新等事務手続き・家事支援や引っ越し作業・習い事や勉強 ・行事・ボランティア活動・休息、リフレッシュ（スポーツ、美容） ・保育所等入所、入園までの一時的な預かり・子どもの看護等の間の生活支援 ・仕事（原則継続就労など保育所利用が可能な場合は除く）・残業

サポートを必要とする期間	予定	令和　年　月　日（　）　時から 令和　年　月　日（　）　時まで	合計　　時間
	変更	令和　年　月　日（　）　時から 令和　年　月　日（　）　時まで	合計　　時間
そ の 他			

※１　妊婦の氏名が分かる個所の写しを添付してください。

※２　子どもの生年月日が分かる個所の写しを添付してください。

※申請者記入不用　うち補助対象時間　　時間

（裏面）

坂井市すみずみ子育てサポート事業　利用申請書

利用日時（　　月分）

注：利用時間は、児童１人につき１月当たり７０時間以内、
妊婦は１月当たり３５時間以内です。

日付	曜日	予　定 実　施	時間	備考	日付	曜日	予　定 実　施	時間	備考
1		:　～　: :　～　:			17		:　～　: :　～　:		
2		:　～　: :　～　:			18		:　～　: :　～　:		
3		:　～　: :　～　:			19		:　～　: :　～　:		
4		:　～　: :　～　:			20		:　～　: :　～　:		
5		:　～　: :　～　:			21		:　～　: :　～　:		
6		:　～　: :　～　:			22		:　～　: :　～　:		
7		:　～　: :　～　:			23		:　～　: :　～　:		
8		:　～　: :　～　:			24		:　～　: :　～　:		
9		:　～　: :　～　:			25		:　～　: :　～　:		
10		:　～　: :　～　:			26		:　～　: :　～　:		
11		:　～　: :　～　:			27		:　～　: :　～　:		
12		:　～　: :　～　:			28		:　～　: :　～　:		
13		:　～　: :　～　:			29		:　～　: :　～　:		
14		:　～　: :　～　:			30		:　～　: :　～　:		
15		:　～　: :　～　:			31		:　～　: :　～　:		
16		:　～　: :　～　:							

※サポートを申請する理由が異なる場合は
備考欄に記入してください。