

様式第 1 (第 5 条関係)

年 月 日

知立市多胎児家庭健診サポート事業利用申込書

知立市長様

申請者

住 所

氏 名

連絡先

知立市多胎児家庭健診サポート事業について、下記のとおり申し込みます。
なお、本申請の審査に当たり必要がある場合は、住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

健診名	3・4か月児健診・1歳6か月児健診・3歳児健診	
健診日時	年 月 日 () 午後 時 分～	
健診対象児	氏名 (対象児名全て)	
	生年月日	年 月 日
特記事項		
備考		



多胎児家庭健診サポート事業利用にあたって

◎ 利用に向けて、サポーターさんと情報共有させていただきたいので、下記について教えてください。
また、サポーターさんに伝えておきたい情報につきましても、あわせてご記入ください。

1 支援場所	①自宅(行き・帰り) ②保健センター ③ その他()
2 待ち合わせ場所 *自宅待ち合わせの場合のみご記入ください。	①自宅 ②保健センター に (時 分頃) 駐車スペース()
3 サポーターについて	()人希望
4 健診に同行する子どもさん等	①いない ②いる(名前: 男・女)(年齢:)
5 その他、伝えておきたいことなど	
6 担当保健師または助産師	
	ご記入ありがとうございました。

