

世田谷区多胎児家庭タクシー料金助成資格認定申請書

年 月 日

世田谷区長 あて

世田谷区多胎児家庭のタクシー料金に係る助成金の支給を受けることができる資格について、下記のとおり認定を申請します。

なお、助成資格認定申請及び助成金支給申請にあたり、区長が住民基本台帳等により区が保有する私及び世帯員の個人情報を確認することに同意します。

記

申請者 (保護者)	フリガナ		多胎児 との関係	
	氏名			
	現住所	〒	電話番号	( )
	住所 (書類送付先)	〒	電話番号	( )

多胎児 (全員記入)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
1年以上世田谷区にお住まいですか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

申請する年齢区分を一つ <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
<input type="checkbox"/> 0歳児	<input type="checkbox"/> 1歳児	<input type="checkbox"/> 2歳児

お子さんについて、世田谷区各総合支所健康づくり課の保健師・助産師等との個別面接・訪問等の状況をお尋ねします。

申請する年齢区分において

}	0歳児にチェックをした方は①及び②	の当てはまる項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。
	1歳児にチェックをした方は①及び②	
	2歳児にチェックをした方は②	

※ 個別面接・訪問等は、申請する年齢区分の間に受けていることが必要です。  
 (例：1歳児区分に申請する場合、お子さんが1歳の間に面接・訪問等を受けていること。0歳児の間に受けた面接・訪問等で1歳児区分に申請することはできません)

※ 該当年齢の項目にが一つもない場合も、申請できませんので、注意してください。

※ なお、他自治体及び医療機関で受けた場合は対象外です。

① 0歳児	<input type="checkbox"/>	赤ちゃん訪問（乳児期家庭訪問）	世田谷区で受けた（ 年 月 日）
	<input type="checkbox"/>	3～4か月児健康診査	区の総合支所健康づくり課で受けた（ 年 月 日）
① 1歳児	<input type="checkbox"/>	1歳6か月児健康診査【歯科】	区の総合支所健康づくり課で受けた（ 年 月 日）
② 2歳児・全年齢	<input type="checkbox"/>	区の総合支所健康づくり課等での個別相談や保健師等の訪問 (※申請する年齢の間に受けていること)	個別に相談したり訪問を受けたりした（ 年 月 日）