【事務処理欄】
利用券番号：

令和５年

第５号様式

世田谷区長　あて

年　　月　　日

世田谷区産前・産後訪問支援事業（ツインズプラスサポート）申請書

●多胎児の年齢区分　※いずれかの区分にチェックを入れてください

□妊娠中～0 歳児利用（1 歳未満）　□1 歳児利用（1 歳～2 歳未満）　□2 歳児利用（2 歳～3 歳未満）

住　所	〒（　　－　　） 世田谷区　　丁目　　番　　号 自宅電話（　　）　日中の連絡先（　　）

	フリガナ 氏　名	多胎児との続柄	年齢、生年月日、性別	
申請者 (保護者)			（　　才）	
３歳未満の 多胎児 (双子・三つ子)			年　月　日 （　　か月）	(性別：　　)
			年　月　日 （　　か月）	(性別：　　)
			年　月　日 （　　か月）	(性別：　　)

緊急連絡先

氏名		多胎児との続柄	電　話　番　号 （上記とは異なる番号）	

●年齢区分【妊娠中～０歳児利用（１歳未満）】を選択された方

中間支援センターによる事業者マッチングを利用することができます。

事業者マッチングとは・・・利用者に代わって中間支援センターがヘルパー訪問事業者をお探しします。

＜マッチング利用回数・日時＞

・週１回、１回２時間

・原則、同じ曜日・同じ時間帯に利用

※ご希望の曜日や時間帯によっては、マッチングにお時間をいただくことがありますのでご了承ください。

中間支援センターによる事業者マッチングの希望　　□有　　□無

個人情報について（下記①～④をご確認いただき、同意いただけましたら署名をお願いします。）

私はこの申請にあたり、次の事項に同意します。　　申請者　　（自署）

① 訪問支援のために必要があるときは、区が保有する個人情報を利用すること。

② 訪問支援に必要な範囲内で区が私の家族状況等の情報をサービス事業者に提供すること。

③ 訪問支援に必要な範囲内で区が私の家族状況等の情報の報告をサービス事業者から受けること。

④ 利用状況の確認のために、中間支援センターやサービス事業者が利用者へ連絡すること。