

出産お祝い事業「紙おむつ支給」申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人藤崎町社会福祉協議会
会 長 山内 敏 殿

申請者氏名 _____

住所(町内名) 藤崎町大字 () _____

電話番号 _____

紙おむつの支給を受けたいので、次の通り申請します。

支給対象乳児氏名	性別	生年月日
(ふりがな)		
	男 - 女	令和 年 月 日

申請場所: 藤崎町社会福祉協議会(常盤老人福祉センター内)

藤崎町大字常盤字富田 70-1 ☎65-2056

受付日時: 月曜～土曜日 9:00～17:00 (祝祭日を除く)

出産お祝い事業は、町民の皆様からご協力いただいた、
「赤い羽根共同募金」の一部で行っております。

対 象: 満1歳未満の乳児を養育する保護者で、藤崎町に住所があり
居住している方

持ち物: 母子健康手帳

期 限: 出生から1年以内

回 数: 1人につき1回限り

内 容: 紙おむつ2袋を即日支給
テープタイプM またはL サイズ(メーカー指定はできません)

※社協広報紙にお子さんの写真掲載が可能であれば撮影をいたします。
当日お子さんと一緒にご来所ください。



※撮影(有・無)