

双生児家庭育児支援事業割引券申込書

社団法人 全国ベビーシッター協会 殿

私は、双生児家庭育児支援事業による育児支援サービスを利用したく、必要書類を添付の上、双生児家庭育児支援割引券を申込みます。

氏名 (保険証氏名)	フリガナ 印	↓必須の捺印とサイン		
住所	フリガナ 〒			
TEL				
対象児童	双子・三つ子・四つ子以上			
申込枚数	2枚1組・4枚1組			手数料

枠内の事項を申込者が記入して下さい。（「対象児童」及び「申込枚数」には○印を付けて下さい。）

- (注1) 申込者は、児童手当法第20条に規定する一般事業主に雇用される社会保険適用の方（原則、健康保険証をお持ちの方です。従って、自営業及び公務員の方は適用されません。）であって、義務教育就学前の双生児等多胎児を養育している方に限られます。
- (注2) **健康保険証の写し**を添付して下さい。なお、健康保険証により、申込者と児童の養育関係や児童が多胎児であることを示すことができない場合には、健康保険証の他に住民票又は児童委員の証明書を添付して下さい。
- (注3) 申込者は、手数料として**500円分の切手**を同封して申請してください。
- (注4) 利用回数は、原則として年度内に2回ですが、多胎児の兄弟に義務教育就学前児童がいる等、特別な事由（「双生児家庭育児支援事業のご利用について」の4の2）を参照）がある場合には、年度内に4回まで利用することができます。なお、その際には、特別な事由を明らかにする書類を添付して下さい。