

様式第1号（第5条関係）

潟上市産前産後家事ヘルパー派遣事業利用申請書

年 月 日

潟上市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

産前産後家事ヘルパー派遣事業を利用したいので、潟上市産前産後家事ヘルパー派遣事業実施要綱第5条第1項の規定により次のとおり申請します。

利用者	利用者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠8か月以降の妊婦 <input type="checkbox"/> 産後6か月までの産婦 <input type="checkbox"/> 生後6か月までの乳児のいる家庭		
	住 所			
	母の氏名		生年月日	
	母が妊婦の場合	出産予定日 年 月 日		
	子の氏名		生年月日	
	子の氏名		生年月日	
利用期間 および利 用回数	利用期間： 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ） 利用回数： 回 備 考：			
希望する 支援内容	<input type="checkbox"/> 家事支援（食事の準備（調理）・片付け、衣類の洗濯等、居宅の清掃及び整理整頓、食材・生活必需品等の買い出し、その他） <input type="checkbox"/> 育児支援（沐浴・入浴の準備、調乳、授乳の補助、おむつ交換の準備、排泄の補助、その他） <input type="checkbox"/> 外出時の補助（病院受診、健診、予防接種、買い物等への付き添い）			
世帯状況	世帯員名	生年月日	続柄	市民税の課税状況
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

事業を利用するにあたり、次の事項について同意します。

- 1 本事業の利用決定に必要があるときは、私の世帯住民登録資料、税務資料等について、照会、閲覧等を行うことに同意します。
- 2 事業の実施に必要な限度において、事業所等に私の情報を提出することに同意します。
- 3 事業所等が市に対し、私が利用する事業の実施状況を報告することに同意します。

氏名（自署） _____