様式第1号（第６条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣事業申請書

平成　　　年　　　月　　　日

岬町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

岬町産前産後ヘルパー派遣サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | H・S　　　年　　月　　　日（　　　歳）　　 |
| 利用者名 |  |
| 住所 | 岬町 | 連絡先 | □自宅　　　　　-　　　-□携帯　　　　　-　　　-　 |
| 出産日（予定日） | 　　　　年　　　月　　　　日□多胎（　　　　　　）人 | 確認書類 | 　□母子健康手帳記載□診断書□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 派遣を受けようとする理由 | □妊娠中で心身に不調があるため、家事や育児に支障があり、日中、援助者がいません。□出産後６か月未満で、日中、家事や育児を行なう者が他にいません。□多胎児出産後1年未満で、日中、家事や育児を行なう者が他にいません。 |
| 派遣開始希望日及び期間 | □産前　　平成　　　年　　　月　　　日　　～平成　　　年　　　月　　　日□産後　　平成　　　年　　　月　　　日　　～平成　　　年　　　月　　　日 |
| 希望するサービス | □家事援助　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□育児援助　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先･学校等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ヘルパー派遣にあたり町が世帯の町民税課税状況を確認すること、及び必要な情報を派遣事業者に連絡することに同意します。氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 【岬町記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯の区分 | ・生活保護世帯　　　　　・町民税非課税世帯　　　・その他課税世帯 |

 |