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 | | | | | | | |