

別 記

第1号様式（第5条第1項）

妊婦・子育てヘルパー派遣申込書

年 月 日

栄町長 様

申込者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

妊婦・子育てヘルパーの派遣を受けたいので、栄町妊婦・子育てヘルパー派遣事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住 所				連絡先	
	妊婦の場合	出産予定日 年 月 日				
	乳幼児の氏名					
世帯構成	氏 名	対象者との続柄	生年月日	職業	備 考	
派遣を必要とする 具体的な理由 (該当する理由にレを付けて下さい。)	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) により育児の援助が必要であるため <input type="checkbox"/> 心身の健康の維持及び回復のために育児の援助が必要であるため					
希望するサービスの内容 (希望するサービスにレを付けて下さい。)	家事の援助	<input type="checkbox"/> 調理	育児の援助	<input type="checkbox"/> 沐浴		
		<input type="checkbox"/> 居室等の清掃		<input type="checkbox"/> 授乳		
		<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯		<input type="checkbox"/> おむつ交換		
		<input type="checkbox"/> 生活必需品の買物(町内に限る。)		<input type="checkbox"/> その他必要な育児の援助		
		<input type="checkbox"/> その他必要な家事 ( )		( )		
第5条第2項各号のいずれかに該当する方は、その確認が必要になりますので、それぞれ次の方法のうち希望する方にレを付けて下さい。						
1 第1号に該当する方 <input type="checkbox"/> 生活保護法に基づく被保護者であることを証する書類を添付します。 <input type="checkbox"/> 栄町が保有する生活保護者相談事務に関する情報について、栄町が調査することに同意します。						
2 第2号に該当する方 <input type="checkbox"/> 世帯全員の市町村民税が非課税であることを証する書類を添付します。 <input type="checkbox"/> 栄町が保有する住民税の課税状況に関する情報について、栄町が調査することに同意します。						
3 第3号に該当する方 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写しを添付します。 <input type="checkbox"/> 栄町が保有する私の妊娠の届出に関する情報について、栄町が調査することに同意します。						