

角田市子育て世帯家事・育児訪問支援事業利用申請書

年 月 日

角田市長 殿

角田市子育て世帯家事・育児訪問支援事業実施要綱第10条の規定に基づき、訪問支援事業の利用を申請します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）	
	住所	電話番号			
		緊急連絡先			
		FAX番号			
	出産予定日	年 月 日		母子健康手帳番号	
出産日	年 月 日				
<p>*状況を具体的に記入してください。また、下記に該当する場合はチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>多胎児のため <input type="checkbox"/>体調不良のため</p> <p><input type="checkbox"/>協力者がいないため</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ )</p>					
世帯構成 (申請者含まず)	氏名	申請者との続柄	生年月日	勤務先等	
			年 月 日（ 歳）		
			年 月 日（ 歳）		
			年 月 日（ 歳）		
希望するサービスにチェックを付けてください。	育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳、食事の介助及び補助		家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け
		<input type="checkbox"/> おむつ交換、衣服交換の介助及び補助			<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修
		<input type="checkbox"/> 沐浴の介助及び補助			<input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓
		<input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備			<input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物
		<input type="checkbox"/> 登校登園の準備			<input type="checkbox"/> その他必要な家事介助
		<input type="checkbox"/> その他必要な育児介助 ( )			( )

上記の希望を踏まえ、サポートプランの作成及びこの申請書に記載された個人情報を用いて、市が必要な住民基本台帳や税情報等の確認を行うことについて同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_