

稲城市育児支援ヘルパー事業支援者派遣申請書兼免除申請書

年 月 日

稲城市長 殿

申請者 氏名 _____

住所 稲城市 _____

電話 _____

次のとおり稲城市育児支援ヘルパー事業のヘルパーの派遣を申請します。

| | | | | | |
|------------|---|-------|---------|---------|--|
| 利用者 | ふりがな | | | 申請者との関係 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 稲城市 | | | |
| | 電話番号 (申請者と別の世帯の場合に記入) | () - | | | |
| 申請理由 | 体調不良 () | | | | |
| | 多胎児 () | | | | |
| | その他 () | | | | |
| 希望する援助の内容等 | (該当する項目をチェックしてください。) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 授乳、おむつ交換、沐浴介助等の育児支援 <input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け、掃除、洗濯、買い物等の家事の援助 <input type="checkbox"/> 育児に関する相談、指導及び情報提供 <input type="checkbox"/> 児童の健康診断受診等の付添い <input type="checkbox"/> 児童の兄及び姉の世話の援助 <input type="checkbox"/> その他必要な用務 (具体的に記入して下さい。) | | | | |
| 出産及び退院の予定等 | 年 月 日 | | 出産・出産予定 | | |
| | 年 月 日 | | 退院・退院予定 | | |
| 家族の状況 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 職業・所属 | |
| | 本人 | | | | |
| | 子 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ※ 利用料の免除 | 稲城市育児支援ヘルパー事業について免除を受けたいので次のとおり申請します。 申請理由 1 区市町村民税が非課税の世帯 2 生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)による被保護世帯 3 その他 () | | | | |

※利用料の免除を受けようとするときは、免除事由の欄の該当番号に○をし、証明書等を添付してください。3については、具体的に理由を記入してください。(別途、書類を提出していただく場合があります。)

この申請に関し、申請者及びその世帯の状況、その他の審査に必要な情報について、関係部署から情報の提供を受けること並びに育児支援ヘルパー事業支援者派遣決定を行った場合に、申請者及びその世帯の状況、援助の必要性等の調査内容の全部又は一部を、稲城市から当該事業に係るヘルパー派遣受託者もしくはヘルパーに提示することに同意します。

申請者氏名 _____