

様式第 1 号 (第 8 条関係)

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 (申請者と異なる場合は記入)	ふりがな			
	氏名	申請者との関係		
	住所	稲城市		
	電話			
申請理由 (該当項目を全てチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 家事、育児等を主に担う者の体調不良や疾病 <input type="checkbox"/> 家族や親族等からの支援を得られない <input type="checkbox"/> 多胎児を育児 <input type="checkbox"/> その他：具体的に記入して下さい。 ()			
希望する支援 (該当項目を全てチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 育児（授乳、おむつ交換、沐浴介助等） <input type="checkbox"/> 家事（食事の準備及び後片付け、掃除、洗濯、買い物等） <input type="checkbox"/> 保護者の付き添い（健診受診等） <input type="checkbox"/> その他：具体的に記入して下さい。 ()			
出産予定日	(妊婦の場合のみ) 年 月 日			
開始希望日	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 出産後から利用したい <input type="checkbox"/> 登録のみ（利用日は後日調整）			
家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先・通園先等
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。 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。			

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 _____