

稲美町子育て支援家庭訪問事業利用申請書

稲美町長 様

年 月 日

稲美町子育て支援家庭訪問事業実施要綱第8条の規定に基づき申請します。

利用希望者	ふりがな氏名			生年月日	年 月 日
	住所	〒675- 稲美町		電話	
	出産日 又は予定日	年 月 日		電話	
利用希望者の同居家族	氏名	利用者との続柄	対象児に○	生年月日	職業・学校・保育所等の名称
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
理由	●妊婦・養育者の体調不良（有・無） ⇒ 有の場合の病名・症状() ●家族等の支援状況（有・無） ⇒ 無の場合の理由() 申請者の父母：遠方・就労・体調不良・その他() パートナーの父母：遠方・就労・体調不良・その他() ●その他の理由 ()				
希望する内容	希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	相談等内容				
	家事に関すること	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> その他の家事援助()			
	育児に関すること	<input type="checkbox"/> 授乳補助 <input type="checkbox"/> おむつ交換の補助 <input type="checkbox"/> 沐浴補助 <input type="checkbox"/> きょうだいの世話 <input type="checkbox"/> その他の育児援助()			
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書 <input type="checkbox"/> 所得・課税証明書				
同意書	・本申請書の内容を稲美町子育て支援家庭訪問事業実施者に提供すること及び利用者の健康状態等について訪問者からこども課に情報提供することに同意します。 署名 _____ ※				
	(該当する場合) ・生活保護適用(世帯全員)の有無について照会することに同意します。 ・町民税課税状況(世帯全員)について照会することに同意します。 署名 _____ ※				

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
 ※期間、課税状況等変更になる場合には、再度申請書が必要になります。