**寝屋川市子育て世帯訪問支援事業利用申請**

申請日　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）寝屋川市長

寝屋川市子育て世帯訪問支援事業の利用について、以下のとおり申請します。

**太枠の項目にご記入いただき、該当する項目に☑をつけてください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 |  | | （生年月日：　　　年　　　月　　　日　） | | |
| 住所 | | 寝屋川市 | 電話番号 |  |
| 対象の確認 | □ 現在、妊婦(妊娠６か月から申請可能)がいる家庭（出産予定日： 　　　　年　　月　　日）  妊婦氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　※ 申請者と同じ場合は記載不要） | | | | |
| □ 現在、生後６か月以内の乳児がいる家庭（乳児の生年月日：　　　　　年　　月　　日）  乳児氏名（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　※ 名前が決まっていない場合は記載不要） | | | | |
| □ 育児、家事を手伝ってもらえる支援者がいない。【必須】 | | | | |
| □ 育児、家事を行うことに支障がある。【必須】  その理由：□ 産後の体調不良。□ 既往疾患がある。□ その他（　　　　　　 　　　 　　） | | | | |
| 課税区分 | □ 市民税所得割課税世帯 | | | | **Ａ、Ｂ、Ｃは利用料の減免がありますが、本市においてその確認がとれない場合市民税課税証明書、又は生活保護受給証明書を添付してください。** |
| □ 市民税所得割非課税世帯 Ａ | | | |
| □ 市民税非課税世帯（ひとり親家庭を除く）Ｂ | | | |
| □ 生活保護世帯及び市民税非課税世帯（ひとり親家庭に限る）Ｃ | | | |
| 希望する支援 | 育児、  養育支援 | □ 希望する ⇒　□ 授乳 □ おむつ交換　□ 沐浴補助　□ その他（　　　　　　） | | | |
| □ 希望しない | | | |
| 家事援助 | □ 希望する ⇒ □ 食事の準備及び片付け　　　□ 衣類の洗濯及び補修  □ 居室等の清掃及び整頓　　　□ 生活必需品の買い物  □ 保育所等への送迎の付添い　□ その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| □ 希望しない | | | |
| 期間 | □ 出産前のみ 　 □ 出産前と出産後　 □ 出産後のみ | | | |
| **同意書** | | | | | |
| 1. 寝屋川市子育て世帯訪問支援事業の利用にあたり、寝屋川市が本事業の受託事業者（以下「事業者」という。）に対して必要な個人情報を提供すること、及び事業者が寝屋川市に対して必要な個人情報を提供すること。 2. 利用を決定するために必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧すること。 3. 申請内容について、変化が生じた場合は速やかに寝屋川市に連絡すること。 4. 利用料は直接事業者に支払うこと。支払い方法は事業者が提示する方法に準じること。 5. 利用日の日時について、初回を除き事業者と直接調整すること。キャンセルはやむを得ない場合のみ行うこと。 6. 事業者が訪問した際に不在で支援を受けなかった場合は、利用料１時間分を事業者に支払うこと。また、利用回数に加算すること。 7. 利用日時点で対象となる妊婦、または乳児及びその養育者が寝屋川市に住所を有すること。   **以上の①から⑦の事項に同意します。**申請者署名 | | | | | |

市側確認用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受領者及び日付** | **受け取り方法** | **添付書類の確認** |
| 受領者サイン  （日付：　　　　　　　　　　　） | □　窓口　　□　訪問  □　郵送  □（　　　　　　　　） | □　家庭情報シート【必須】  □　市民税課税証明書（１/１時点で他市に住民票がある場合）  □　生活保護受給証明書（生活保護法の適用を受けている世帯） |