

# 寝屋川市養育支援訪問育児援助・家事援助利用申請書

年 月 日

(あて先)  
寝屋川市長

【申請者】  
住所 ( 〒 )  
( 寝屋川市 )  
氏名 ( )  
電話 自宅 ( )  
携帯 ( )

養育支援訪問育児援助・家事援助の利用について、次のとおり申請します。

出産予定日	年 月 日				
利用希望期間	出産前	出産前～出産後		出産後	
同居家族	氏名 (ふりがな)	続柄	性別	生年月日	学校・職業
	( )				
	( )				
	( )				
	( )				
申請理由	<input type="checkbox"/> 支援者なし <input type="checkbox"/> 体調不良 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税所得割課税世帯 <input type="checkbox"/> ※市民税所得割非課税世帯 <input type="checkbox"/> ※市民税非課税世帯 (ひとり親家庭を除く。) <input type="checkbox"/> ※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。) <small>※印の世帯は、利用料の減免があります。            減免制度を利用する場合、①、②の家庭は、証明書の添付が必要になります。            ①申請する年の1月1日に、寝屋川市に住所がない、転入世帯                →1月1日現在に住所を有する市町村で発行した、市民税課税証明書                (申請日を基準日とし、毎年6月1日より新年度分を適用)            ②生活保護世帯→生活保護受給証明</small>				
緊急連絡先	氏名 ( ) 申請者との続柄 ( ) 住所 ( ) 電話 ( )				
支援内容	育児援助	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
	家事援助	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
支援にあたっての留意事項	<input type="checkbox"/> アレルギー等持病 { } <input type="checkbox"/> その他 { }				
<p>申請に係る住民情報について、市の住民基本台帳、市民税課税台帳等で調査、確認することに同意します。また、上記の情報を養育支援訪問育児援助・家事援助事業受託者に提示することに同意します。また、利用希望曜日・時間について、受託者との調整により変更される場合がある事に関して、了承します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 (自署)</p>					