

育児ヘルパー派遣申請書

年 月 日

柴田町長 殿

育児ヘルパー派遣について、次のとおり申請します。

申請者	氏名	印	生年月日	年 月 日生	
	住所 〒 (電話番号)				
情報の閲覧等に関する同意の署名 (同意の場合は☑をいれてください。)	<small>チェック欄</small> <input type="checkbox"/> 申請に係る費用負担額の算定並びに世帯対象区分の決定を行うため、町が当該世帯及び当該世帯と生計を同一にする者の地方税に関する情報を閲覧することに同意します。 また、証明を必要とする年の翌年の1月1日において、他の市町村に住所を有していたときは、当該市町村長の発行する所得についての証明書を添付することに同意します。				
申請理由 (対象区分)	<input type="checkbox"/> 核家族である <input type="checkbox"/> 多胎である <input type="checkbox"/> その他(核家族以外だが、次の理由により介助者がいない等) ()				
出産日・出産予定日	(出産日・出産予定日) 年 月 日				
派遣予定期間	年 月 日～ 年 月 日				
支援内容	<input type="checkbox"/> 乳児の沐浴介助及び育児支援 <input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片づけ <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 医生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他 ()				
家族構成 (本人以外)	氏名	続柄	生年月日	職業・学校(学年)	備考
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
勤務先	(電話番号 - -)				
緊急連絡先	氏名 (申請者との続柄:) (電話番号 - -)	氏名 (申請者との続柄:) (電話番号 - -)			

《添付書類》

- ①母子健康手帳の写し
- ②所得等を証明する書類(公簿で確認できる場合は不要)
 - ・前年の課税証明書(非課税の場合は、非課税証明書(1月から6月までの間は前々年分))
 - ・生活保護受給者である場合は、生活保護受給証明書の写し等