

大野城市赤ちゃんホームヘルプサービス利用登録申請書

年 月 日

大野城市長

申請者	住所	
	氏名	
	電話番号	

次のとおり赤ちゃんホームヘルプサービスの利用登録を申請します。

		登録番号				
利用者	住所	大野城市		電話番号		
	氏名			生年月日		
派遣を受けようとする理由						
必要とするサービスの内容(1)	乳児及び兄弟児の育児に関すること ミルク授乳 沐浴の介助 おむつ交換など排泄の世話 保育施設等への送迎 その他必要な育児 ()		家事に関すること 食事の準備 衣類の洗濯、補修 住居等の掃除、整理整頓 生活必需品の買い物 その他必要な家事 ()			
出産日(2)	予定	年 月 日	利用期限終了日(出産日から8週又は12週経過日)	予定	年 月 日	単胎 多胎 低体重児出産 保健師等依頼
	確定	年 月 日		確定	年 月 日	
緊急連絡先	氏名			電話番号		
	住所			利用者との続柄		
同居の家族	氏名		利用者との続柄	生年月日		勤務先, 学校等の名称
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		

(1) サービス内容は、実際に利用申込する際の状況に応じて、変更できます。

(2) 出産日前の申込の場合は「予定」欄のみ記入のうえ、出産後に出産日をご連絡ください。

出産後の申込の場合は、「確定」欄のみをご記入ください。

課税状況確認同意欄	赤ちゃんホームヘルプサービス利用料金の審査のため、 _____ 課の職員が世帯員の課税状況を、課税台帳の閲覧または所得証明書により確認することを承諾します。		
	利用者氏名(署名又は記名押印) _____ (印)		
	世帯員氏名欄(署名又は記名押印) 世帯員のうち、所得のある人については、それぞれ承諾が必要になりますので、右欄にご記入ください。	(印)	(印)

ここから下は、記入しないでください。

世帯の区分	市町村民税課税世帯	市町村民税非課税世帯	生活保護世帯
-------	-----------	------------	--------

記載された個人情報は、赤ちゃんホームヘルパー事業以外の業務には使用しません。