第１号様式（第７条関係）

大磯町産前・産後ヘルパー派遣事業利用申請書

年　　月　　日

（提出先）大磯町長

　私は、大磯町産前・産後ヘルパー派遣事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな氏　　名 |  | 生 年 月 日 | 　　　年　　月　　日生（　 　歳） |
| 住　　所 | 〒大磯町　 |
| 電話番号（携帯） |  | 電話番号（自宅） |  |
| 出産予定日 | 　　　年　　月　　日（妊娠　 　週） | 出　産　日 | 　　　年　　月　　日 |
| 世帯構成 | 氏　名 | ふりがな | 続柄 | 生 年 月 日 | 勤務先・学校の名称 |
|  |  | 本人 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 世 帯 の 区 分**※レ点を付けてください** | □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 |
| 申　請　理　由**※レ点を付けてください** | □　妊娠中に心身の不調があり、日中、家事や育児を行う者が他にいないため（診断書又は母性健康管理指導事項連絡カード等の提出が必要です。）□　出産後６か月未満で、日中、家事や育児を行う者が他にいないため |
| 税情報等確認、情報提供、支払いに関する同意書１　本事業の利用の決定にあたり、町が住民基本台帳及び市町村民税課税台帳を閲覧することに同意します。２　本申請書に記載のある情報及び町の保有する支援に必要な情報を利用事業所に情報提供することに同意します。３　本事業の利用にあたり、自己負担額及び実費負担額を利用事業所に支払うことに同意します。また、指定の期日までにキャンセル等の連絡がない場合、町が定めるキャンセル料を支払うことに同意します。　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |