

子育て世帯訪問支援事業利用申請書

令和 年 月 日

大崎市長 様

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

大崎市子育て世帯訪問支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	住 所	大崎市					
	氏 名		生年月日	S・H	年	月	日生
世帯員	氏 名	続柄	生年月日	職業	既往歴 アレルギー	備考	
妊産婦の身体 の状況	妊娠中 異常なし・あり ( )						
	出産後 異常なし・あり ( )						
	出産日又は 出産予定日	令和	年	月	日	母子健康 手帳番号	
申 請 理 由							
希望するサービスの内容	家事 支 援	<input type="checkbox"/> 食事の準備・後片付け <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 住居内の掃除 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事		育 児 支 援	<input type="checkbox"/> おむつの交換 <input type="checkbox"/> 衣類の着脱 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> 兄弟の遊び相手 <input type="checkbox"/> その他必要な育児		
サービス利用 希望日時							

【同意事項】（各項目欄の□に「✓」を入れて下さい）

- 事業を利用するにあたり、申請書に記載した内容及び申請時に伝えた内容について事業者に提供することに同意します。
- 大崎市が私及び同一世帯員の市民税情報について調査・閲覧することに同意します。調査の結果、確認できなかった場合には、証明できる書類を提出することに同意します。

※市使用欄	世帯 区分	1 生活保護受給世帯 市町村民税非課税世帯	2 市町村民税 均等割課税世帯	3 市町村民税 所得割課税世帯	利用の 可否	可・否
-------	----------	--------------------------	--------------------	--------------------	-----------	-----