

堺市育児支援ヘルパー派遣申請書

年 月 日

堺市長 殿

申請者 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

（申請者が自署しない場合は、記名押印してください。）

連 絡 先 _____

緊 急 連 絡 先 _____

堺市育児支援ヘルパー派遣事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、利用者負担金決定のため、市民税課税台帳等により、課税状況等を確認することを承諾します。また、ヘルパー派遣に当たり、必要となる個人情報について受託事業者に提供することを承諾します。

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|-----------|-----|
| 利 用 者 | ふりがな 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日(歳) | |
| | 住 所 | 堺市 区 | | | |
| | 出 産 日 | 年 月 日 □予定日(予定日の場合は☑を付けてください。) | | | |
| 世 帯 構 成 | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 備 考 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 世帯区分 〔該当する区分 に○を付けて ください。〕 | A 生活保護等世帯 ^{※1} ・市民税非課税世帯（母子等世帯） ^{※2} B 市民税非課税世帯（一般世帯） ^{※2} C 市民税課税世帯(均等割の額のみ)の世帯 ^{※2} D その他の世帯 | | | | |
| 申請理由 | | | | | |
| 利用希望日時等 (裏面も利用可) | 利用希望期間：（ 年 月 日～ 年 月 日の間） ※妊娠届出日から出産後1年以内に限ります。 利用希望曜日：（ ） 利用希望時間帯：（ ） | | | | |

（注意）裏面もご記入願います。

※1 生活保護受給証明書等の提出が必要です。

※2 申請する月が1～6月のときは前々年分、7～12月のときは前年分の課税状況等を市民税課税台帳等により確認できる場合は、証明書の提出を省略することができます。ただし、1～6月末までに申請する方は前年の1月1日現在、7～12月末までに申請する方は申請する年の1月1日現在において堺市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。

| | | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>希望する支援内容</p> <p>〔希望する支援に「✓」印を付けてください。〕</p> | 家事支援 | <input type="checkbox"/> ①食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> ②衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> ③居室等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> ④生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> ⑤郵便物の郵送等 <input type="checkbox"/> ⑥その他必要な家事支援 () | 育児支援 | <input type="checkbox"/> ⑦授乳支援 <input type="checkbox"/> ⑧おむつ交換 <input type="checkbox"/> ⑨沐浴介助 <input type="checkbox"/> ⑩適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> ⑪兄弟児の遊び相手 <input type="checkbox"/> ⑫子ども連れで行う買い物、散歩、健診等の付き添い <input type="checkbox"/> ⑬その他必要な育児支援 () |
| 希望事業所名 | 第1希望： 第2希望： 第3希望： | | | |

*利用希望日時等

〔具体的な回数・時間帯等を記入してください。ただし、1回最大2時間・1日2回まで利用できます。〕

*派遣事業所名（堺市記入）

*備考（堺市記入）