

鏡野町長 様

申請者 住所
氏名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

鏡野町子育て世帯訪問支援事業利用申請書

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。

申請に係る住民基本台帳、町民税課税状況、生活保護受給の有無等必要な事項について、町の公簿等で調査、確認することに同意します。

また、利用者の世帯、児童その他必要な事項について、町と事業者が情報を共有することに同意します。

利 用 者	住 所			
	氏名（ふりがな）	（ ）		
	連絡先電話番号			
	申請者との続柄			
利用希望事業者				
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 妊婦のため	妊婦氏名： 出産予定日： 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 産婦のため	産婦氏名： 出産日： 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> その他支援が必要なため	具体的理由：		
希 望 す る 支 援 内 容	<input type="checkbox"/> 家事支援 ・食事の準備・洗濯 ・掃除・買い物の代行 ・その他（ ）		<input type="checkbox"/> 育児支援 ・育児のサポート・児童の見守り ・宿題の見守り・兄弟児の遊び相手 ・外出時の補助 ・その他（ ）	
	氏名	続柄	生年月日	職業
同 居 の 家 族				

※申請年の1月1日以降に転入された方は、所得課税証明書又は非課税証明書が必要です。

世 帯 状 況	<input type="checkbox"/> 第4条第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 <input type="checkbox"/> 第4号 <input type="checkbox"/> 第5号			
利用回数上限	<input type="checkbox"/> 出産日の間で20回 <input type="checkbox"/> 1箇月4回			
利用世帯区分	生活保護・非課税・所得割合算額（ 円）			
利用終了日	年 月 日	利 用 料	500円 ・ 0円	