

阿蘇市子育て世帯訪問支援事業利用申請書兼同意書

年 月 日

阿蘇市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

次のとおり阿蘇市子育て世帯訪問支援事業の利用を（申請・変更・中止）します。

なお、市長が私及び私の世帯員の当事業の決定に必要な住民票関係情報・地方税関係情報・生活保護関係情報及び児童扶養手当関係情報の調査をされることを同意します。

申請者	住所	〒 ( )			電話番号
	氏名		生年月日	( 歳)	
出産 (予定) 日					生活保護 有 ・ 無
同居世帯の状況 (申請者を除く)	フリガナ氏名	申請者との続柄	生年月日	介助の協力が得られない理由	
				<input type="checkbox"/> 高齡 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
				<input type="checkbox"/> 高齡 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
				<input type="checkbox"/> 高齡 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
				<input type="checkbox"/> 高齡 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
				<input type="checkbox"/> 高齡 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
※該当する項目に、☑をつけてください。					
利用する理由	<input type="checkbox"/> 出産後1年未満で、昼間介助者がおらず、家事や育児が困難であるため <input type="checkbox"/> 多胎児出産後1年未満のため <input type="checkbox"/> 保護者のいない児童若しくは保護者の監護が困難であるため <input type="checkbox"/> 保護者による養育が困難であるため				
同居していない 両親の状況	父方	<input type="checkbox"/> 高齡	<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 遠方	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	母方	<input type="checkbox"/> 高齡	<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 遠方	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 ( )
利用希望する 期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
希望する曜日・時間	希望曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ※ <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 希望時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 ※土曜日及び日曜日の家事支援等提供については、家族等の支援が得られない場合に限ります。				

希望する家事支援等の内容	家事支援	<input type="checkbox"/> 食事の準備・後片づけ <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯・補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事支援	育児支援	<input type="checkbox"/> 食事、授乳の支援 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 入浴の支援 <input type="checkbox"/> その他必要な育児支援
--------------	------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

阿蘇市記入欄(ここから先は、何も記入しないでください)

受付年月日	利用者 NO.	結果	結果通知日
	NO.	承認 ・ 不承認	

区分 (利用者負担金)	項目	該当の有無	確認者氏名
税務課確認欄	市町村民税 (世帯全員)	非課税・課税	
福祉課確認欄	生活保護受給世帯	該当・非該当	
	児童扶養手当受給	該当・非該当	