

様式第1号（第7条関係）

琴浦町産後ヘルパー派遣事業利用申請書

年 月 日

琴浦町長 様

産後ヘルパー派遣事業を利用したいため次のとおり申請します。

住 所	琴浦町大字			電話（	—	）
フリガナ 利用者氏名		生年月日		年	月	日
出産（予定）日	（ 単胎 ・ 多胎 ）					
家族構成	氏 名	年 齢	続 柄	備 考		
			申請者			
利用したい サービスに○を して下さい	内 容： ・食事の準備・片付け ・洗濯 ・住居等の掃除・整理整頓 ・生活必需品の買入れ ・その他（		期 間： 年 月 日又は退院翌日 ～ 年 月 日 までの間、 又は退院後 の間 時 間： 午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分 まで			
申請理由 ・養育者の体調不良 無・有：理由（ ・家族等の支援 有・無：理由（ ・その他の理由	〔					
緊急連絡先	氏名 続柄	電話番号				
情報提供に関する 同意	琴浦町産後ヘルパー派遣事業利用申請書に記載された情報をヘルパー派遣事業者に情報提供することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 _____ ㊟					
課税状況確認の 同意	琴浦町産後ヘルパー派遣事業利用料金確認のため、申請者及び申請者の世帯の課税状況を照会することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 _____ ㊟ 世帯主 氏名 _____ ㊟ (申請者と異なる場合のみ記載してください)					