

課長	副課長	係長	担当

様式第1号（第3条関係）

新座市子育て支援ホームヘルパー派遣事業利用申請書

令和 年 月 日

新座市長宛

次により、子育て支援ホームヘルパー派遣事業の利用を申請します。

申請者 ※出産される方 又は多胎児を養育する方	ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)		
	氏名					
	住所		電話番号			
出産医療機関	名称		出産(予定)日	令和 年 月 日		
	所在市区町村名		母の退院(予定)日	令和 年 月 日		
多胎児を出産予定又は養育する方は○を付けてください。			当該多胎児の退院日 ※既に生まれている場合に記入	令和 年 月 日		
申請理由 (親族等の状況)						
希望するサービス 炊事 買物 清掃 洗濯						
1週当たりの派遣回数		回	1回当たりの派遣時間		時間	
世帯の状況	氏名(続柄)	生年月日(年齢)		職業	連絡先(自宅以外)	
	()	昭・平・令 年 月 日()				
	()	昭・平・令 年 月 日()				
	()	昭・平・令 年 月 日()				
緊急連絡先(同じ世帯以外の方)						
氏名(続柄)	()	住所			連絡先	
以下について同意いただける場合は、□欄にチェックをお願いします。(同意いただけない場合、ホームヘルパーを派遣することができません。)						
<ul style="list-style-type: none"> ・住民基本台帳において、世帯情報を確認します。 ・上記太枠内の情報を子育て支援ホームヘルパー派遣事業受託者に提示します。 <p style="text-align: right;">□ 同意する。</p>						
費用の決定について、当てはまる□欄にチェックをお願いします。						
<input type="checkbox"/> 課税世帯(市町村民税を課されている世帯) <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯、ひとり親世帯、市町村民税非課税世帯(→※)						
<p>※生活保護受給世帯、ひとり親世帯、市町村民税非課税世帯に属する場合</p> <p>A. 申請日が1月から8月までの場合にあつては前年の、9月から12月の場合にあつては当年の1月1日に、新座市に住民登録がある場合の市民税の情報(同一世帯者を含む)、生活保護、児童扶養手当の受給状況、戸籍のうち、必要な事項について庁内で確認させていただきます。同一世帯者全員の同意が必要ですので、様式第1号別紙個人情報利用目的外利用同意書(世帯確認用)に署名の上、御提出をお願いします。(様式第1号別紙については市ホームページに掲載しているほか、該当する方に郵送しますので御連絡ください。)</p> <p>B. Aに該当しない市町村民税非課税世帯の場合、申請日が1月から8月までの場合にあつては前年の、9月から12月の場合にあつては当年の1月1日に住民登録されていた市区町村(新座市を除く)の発行する市町村民税非課税証明書又は税額決定通知書を提出してください。</p>						

条例第11条第2項の該当要件 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯	確認書類	訪問日 月 日 : ~
--	------	----------------