

阿蘇市産後家事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

次のとおり阿蘇市産後家事支援事業を利用したいので申請します。

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"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )	
				<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )	
				<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )	
				<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )	
				<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )	
※該当する項目に、 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。					
利用する理由	<input type="checkbox"/> 出産後、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"/> 多胎児出産のため				
同居していない両親の状況	父方 <input type="checkbox"/> 高齢 <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"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 遠方 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )				
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です。				
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"/> 授乳の支援 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> その他の必要な育児支援