様式第１号（第７条関係）

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  （行政区） | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | | （　　　歳） | | |
| 出産（予定）日 | | | |  | | | | | 生活保護受給　　　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 | |
|  | | | | |  |  | | | | | □高齢　□疾病  □就労　□その他（　　　　） | |
|  | | | | |  |  | | | | | □高齢　□疾病  □就労　□その他（　　　　） | |
|  | | | | |  |  | | | | | □高齢　□疾病  □就労　□その他（　　　　） | |
|  | | | | |  |  | | | | | □高齢　□疾病  □就労　□その他（　　　　） | |
|  | | | | |  |  | | | | | □高齢　□疾病  □就労　□その他（　　　　） | |
| ※該当する項目に、☑をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用する理由 | | | * 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 * 多胎児出産のため | | | | | | | | | | |
| 同居していない両親の状況 | | | 父方　　□高齢　□疾病　□遠方　□就労　□その他（　　　　　　）  母方　　□高齢　□疾病　□遠方　□就労　□その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 希望する曜日・時間 | | | 希望曜日　□月　□火　□水　□木　□金　　　※　□土　　□日  希望時間帯　　　　□　午前　・　□　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 | | * 食事の準備・後片づけ * 衣類の洗濯・補修 * 居室等の掃除 * 生活必需品の買物 * その他必要な家事支援 | | | | | 育児  支援 | | | * 授乳の支援 * おむつ交換 * 沐浴の介助 * その他の必要な育児支援 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） | 課税　非課税 |  |
| 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 |  |