

年 月 日

(宛先) 静岡市長

住 所 〒 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

静岡市子育て支援ヘルパー派遣事業の登録を受けたいので、静岡市子育て支援ヘルパー派遣事業実施要綱第4条第2項の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	(ふりがな) 氏 名			生年月日	年 月 日生( 歳)	
	住 所 及び 連絡先	(申請者と同じ場合は記入不要) 静岡市 区			電話番号 F A X 緊急連絡先	
	出 産 日 (出産予定日)	年 月 日		母子健康手帳番号		
世 帯 構 成	(ふりがな) 氏 名	続柄	生年月日	職 業	備 考	
婚 姻 歴 の 有 無 ※ひとり親世帯の方のみ 記入してください。		有 ・ 無		婚姻歴が無の場合は、市において世帯の区分を判定するため、世帯の区分欄は記入しないでください。		
世 帯 の 区 分	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯※1 ・ ひとり親世帯で市町村民税非課税世帯※2 <input type="checkbox"/> ②市町村民税非課税世帯 (ひとり親世帯を除く。)※2 <input type="checkbox"/> ③その他の世帯 ※①・②は証明書が必要です。 ※1 生活保護世帯は、「保護証明書」を添付する。 ※2 市町村民税非課税世帯は、「市町村民税(非)課税証明書」(コピー可)を添付する。 ただし、静岡市市民税課税台帳に登録されている場合は除く。 ( )に○を記入してください。					
申 出 理 由	<input type="checkbox"/> ①昼間、家事や育児の介助者がいないため。 <input type="checkbox"/> ②3歳未満の子を2人以上養育し、家事や育児が困難なため。 <input type="checkbox"/> ③妊娠中で家事や育児が困難なため。 ※母子手帳表紙(写)を添付する。 <input type="checkbox"/> ④その他 ( ) ( )に○を記入してください。					
なお、事業の利用や利用者負担金の確認・決定のため、静岡市が保有する住民基本台帳や市民税非課税台帳等を閲覧することを承諾します。また、ヘルパー派遣にあたり、当申請書に記載された事項を必要に応じ、受託事業者に提供することを承諾します。						
特記事項						