

福岡市産前・産後ヘルパー派遣事業利用登録申込書

年 月 日

福岡市長様

私は、下記事項1～2に同意のうえ、福岡市産前・産後ヘルパー派遣事業を利用登録を申し込みます。
 <同意事項>

1. 提出された利用登録申込書の内容確認及び要件審査のため、住民基本台帳による調査を行うこと。
2. 「福岡市おむつと安心定期便」等の各子育て支援事業との連携や今後の支援に役立てるため、必要な範囲内で、本書記載情報や利用状況等について、事業者と福岡市（関係部署や各区保健福祉センター）で共有すること。

フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
住所 (住民登録)	〒 福岡市 区			
連絡先	※日中つながりやすい連絡先をご記入ください		出産(予定)日	年 月 日
多子世帯	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日時点で、きょうだい児が未就学である。 ※該当する場合は、□にチェック(☑)を入れてください。			
多胎世帯	<input type="checkbox"/> 出産した(出産予定の)赤ちゃんは、多胎児(双子、三つ子など)である。 ※該当する場合は、□にチェック(☑)を入れてください。			
世帯の状況について (上記利用者は除く)	フリガナ氏名	続柄	生年月日	就労状況等 ※日中の状況を記載してください
申し込み理由 チェック欄 □にシを記入してください	<input type="checkbox"/> 私は上記の世帯状況のため、日中、家族等から家事や育児の支援を受けることができません。 ※上記の申し込み理由に該当する方のみ、申し込みができます。			
派遣希望事業者				
減免対象者(※)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 ※該当する場合は、□にチェック(☑)を入れてください。			

※減免対象者に該当する方は、下記の書類を一緒に添付してご提出ください。
 ・生活保護世帯の方・・・保護受給証明書
 ・市民税非課税世帯の方・・・生計中心者(同一生計で収入が一番高い方)の市民税が非課税だった場合に対象となります。生計中心者の非課税証明書をご提出ください。

登録番号	
------	--