

福岡市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、福岡市産後ヘルパー派遣事業を利用したいので、登録を申し込みます。

フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日	
				(歳)	
住所	〒 福岡市 区				
連絡先			出産(予定)日	年 月 日	
	※日中つながりやすい連絡先をご記入ください			多胎児の場合は□にシを記入してください	
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(※) □にシを記入してください	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯				
今後の支援に役立てるため、利用状況について各区保健福祉センターと情報共有してよろしいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

※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。
- みなし寡婦(夫)控除の適用を行う方・・・生計中心者の方が、婚姻によらないで父又は母となった者で、寡婦(夫)控除の適用があるものとみなして計算を行ったときに、市民税が非課税になる場合に対象となります。生計中心者の課税証明書及び戸籍謄本(戸籍全部事項証明書)をご提出ください。

登録番号	
------	--