

申請者住所

申請者氏名 (続柄:)
(自署してください)

電話番号

仙台市子育て世帯訪問支援事業利用申請書

下記のとおり、仙台市子育て世帯訪問支援事業による家庭における育児及び家事等への支援制度を申請します。

利用者	フリガナ			生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)	
	氏 名					
	住 所	仙台市 区				
	電話番号	①	②	駐車場	無・有	
職業	無・有 ()		ペット	無・有 ※別室またはケージ対応をお願いします。		
世帯構成	氏 名 (フリガナ)	続柄	生年月日	職 業(学校・保育施設等)	備 考	
	()					
	()					
	()					
	()					
妊産婦の身体的状況	妊娠中 異常なし ・ あり ()					
	出産後 異常なし ・ あり ()					
	出産(予定)日	年 月 日	母子健康手帳番号			
申請理由	(<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成の受給認定状況を所管部署に確認・閲覧することに同意します。)					
サービスを希望する日時等	(月日、曜日、利用時間帯等) ※ご希望に添えない場合には、日にちや時間等の変更をお願いすることがあります。					
希望するサービスの内容	家事援助	(1)食事の準備及び後片付け (2)衣類の洗濯 (3)居室等の掃除・整理整頓 (4)生活用品の買い物 (5)その他必要な家事援助 ()	育児援助	(1)授 乳 (2)オムツ交換 (3)沐浴のお手伝い (4)適切な育児環境の整備 (5)その他必要な育児 ()	相談及び助言	(1)生活及び育児に関する相談・助言 (2)その他必要な相談・助言 ()

以下について、同意する場合は、をつけてください。同意されない場合は、利用料金の減免の有無を確認するため、市民税情報について証明できる書類の添付が必要になります。ただし、市外より転入してきたばかり等の理由で市民税情報が確認できない場合には、書面での提供をお願いいたします。

事業を利用するにあたり、申請書に記載した内容および申請時に伝えた内容について事業者提供することに同意します。

私は申請にあたり、仙台市が私及び生計を一にする世帯員の仙台市市民税情報について調査・閲覧することに同意します。

※区役所・総合支所記入欄

出 産 日	年 月 日	備 考	<input type="checkbox"/> 小慢
利 用 開 始 日	年 月 日	事 業 者	
世 帯 区 分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税所得割課税額77,101円未満世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯		