

第1号様式（第7条関係）

多胎妊産婦等サポーター派遣事業利用申込書

年 月 日

（宛先）新居浜市長

申込者 住 所

氏 名

電話番号

新居浜市多胎妊産婦等サポーター派遣事業実施要綱に基づき、次のとおり申し込みます。

	氏名	生年月日	健康状態	所属
父		年 月 日（ 歳）		
母		年 月 日（ 歳）		
こども		年 月 日（ 歳）		
		年 月 日（ 歳）		
		年 月 日（ 歳）		
		年 月 日（ 歳）		
		年 月 日（ 歳）		
住所	新居浜市			
世帯種別 1	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 所得割課税額 77,101円未満の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯			
世帯種別 2	<input type="checkbox"/> 母子、父子及び養育者世帯 <input type="checkbox"/> 保護者が障害者手帳を有する世帯 <input type="checkbox"/> 該当なし			
希望する 支援	<input type="checkbox"/> 家事支援（食事の準備及び片付け、衣類の洗濯及び補修、居室の掃除及び整理整頓、生活必需品の買物代行、その他必要な家事援助） <input type="checkbox"/> 育児・養育支援（授乳やおむつ交換、沐浴等の育児サポート、保育所・医療機関等の送迎、宿題の見守り、外出時の補助等） <input type="checkbox"/> 子育て等に関する不安や悩みの傾聴、相談・助言 <input type="checkbox"/> 地域の母子保健施策・子育て支援施策等に関する情報提供			
（同意書）				
利用料決定に関して必要な住民基本台帳情報、課税情報、生活保護受給状況、障害者手帳の取得状況を取得することに同意します。				
（署名）氏名 _____				