

様式第 2 号(第 6 条関係)

泉佐野市子育て世帯訪問支援事業利用申請書

年 月 日

泉佐野市長 様

申請者 住 所 泉佐野市
氏 名
連絡先

標記事業を利用したいので次のとおり申請します。

事業利用にあたり市が世帯の市民税課税状況を確認すること、及び必要な情報を受託事業者に連絡することに同意します。

同居家族	氏 名	続 柄	生年月日	勤務先・学校等
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
住所	泉佐野市		連絡先	携帯電話 - - メールアドレス
申請理由	☐ 家事・育児に対して不安や負担を抱えている子育て家庭である。 ☐ 出産前後において支援が必要な家庭である。 ☐ その他 ()			
希望する期間 及び時間帯 ※最大 40 時 間利用可	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	頻度	週 3 日・週 2 日・週 1 日・月に何度か・不定期・その他 ()		
	曜日	月・火・水・木・金・土・日・祝日		
	時間	時 分 ~ 時 分		
希望する 支援	☐ 家事援助 (調理・洗濯・掃除・買い物・その他)			
	☐ 育児援助 (授乳・おむつ交換・沐浴・保育所等の送迎・宿題の見守り・その他)			
自宅には受託事業者が駐車できるスペースはありますか？			☐ 有 ☐ 無	

※ 申請年の 1 月 1 日以降に転入された方は、所得証明書または非課税証明書が必要です。

※ 妊婦の方は確認書類として、母子健康手帳の写しの添付が必要です。

【泉佐野市記入欄】

妊婦の場合	☐ 母子健康手帳
世帯区分 1	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 市民税所得割課税額 77,101 円未満の世帯 ☐ 措置世帯
世帯区分 2	☐ 市民税課税世帯