

広川町産前産後家事代行等サポート事業
利用申請書

1. 基本情報

		記入日	年	月	日
ふりがな					生年月日
利用者氏名					年 月 日（ 歳）
現住所	広川町大字			電話番号	
緊急連絡先	ふりがな氏名	本人との関係	電話番号		
出産日 又は 出産予定日	出産日	令和 年 月 日	出産予定日 (妊娠週数)	令和 年 月 日	(妊娠 週)
世帯区分	<input type="checkbox"/> 多胎児を妊娠又は育児している世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯・生活保護世帯				
申請理由					
希望するサポートに☑をつけてください	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他（ ）	育児援助	<input type="checkbox"/> 調乳の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> おむつ交換及び後片付け <input type="checkbox"/> 沐浴の準備、介助及び後片付け <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
※内容については随時変更可能です。					
利用希望事業者					
特記事項（利用時の注意事項・気をつけて欲しい事など）					

(提出先) 広川町長

上記のとおり事業の利用を申請します。なお、利用者負担金は、遅滞なく直接委託事業者に支払うことを誓約します。また、広川町産前産後家事代行等サポート事業利用申請書に記載のある情報等を委託事業者へ情報提供します。また、利用者の健康状態について委託事業者から町に情報提供することに同意します。さらに、行政情報システムによる個人に関する確認を行うことに同意します。

利用者氏名 _____