

記入例

吉川市産前・産後ヘルプサービス事業利用助成金交付申請書兼委任状

平成**29**年〇〇月〇〇日

(宛先)
吉川市長

(申請者)

住 所 **吉川市吉川2-1-1**

氏 名 **吉川花子**

助成金の交付を受けたいので、吉川市産前・産後ヘルプサービス事業利用助成金交付規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の交付の決定にあたり、必要となる情報について、担当課職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

利用者	ふりがな 氏 名	よしかわはなこ 吉川花子	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	住 所	吉川市吉川2-1-1	電話番号	048-982-9529
	出 産 (予定)日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
世 帯 区 分	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ②市町村民税非課税世帯 <input checked="" type="checkbox"/> ③市町村民税課税世帯			
利用希望内容	1月当たりの希望回数	12 回	備考 具体的な支援希望内容をご記入ください。 (例) 食事の準備、部屋の掃除等	
	1回当たりの派遣時間	2 時間		

※添付書類 母子健康手帳の写し

委任状

ひと月 **12日**まで
1回あたり連続した2時間まで。

助成金の交付が決定された場合は、助成金の受領の権限を次の者に委任します。

事業者	住 所	埼玉県川口市栄町1-4-16
	名 称	株式会社コマーム
	代 表 者 名	小松君恵

記入忘れに注意してください。