

様式第1号（第5条、第6条関係）

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

年 月 日

(宛先)
吉川市長

(申請者)
住 所

氏 名

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、必要となる税情報について、担当課職員が公簿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		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	吉川市	電話番号	
	出 産 (予定)日	年 月 日	母子健康 手帳番号	※母子健康手帳の写し添付
世帯 構 成	氏 名	続 柄	生年月日	備 考
世 帯 区 分	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯 ※被保護証明書類添付 <input type="checkbox"/> ②市町村民税非課税世帯 ※市町村民税課税(非課税)証明書添付 <input type="checkbox"/> ③市町村民税課税世帯			
申 請 理 由				
利用希望内容	1月当たりの回数 回		利用期間	
	1回当たりの派遣時間 時間			
希望する サービス内容	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	育 児 援 助	<input type="checkbox"/> 授乳(粉ミルク等) <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 乳児の兄弟姉妹(就学前に限る。)の世話

委任状

助成金の交付が決定された場合は、助成金の請求及び受領の権限を次の者に委任します。

事業者	住 所	
	名 称	
	代 表 者 名	