

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

令和〇年 〇月 〇日

(宛先)
吉川市長

(申請者)
住 所 吉川市〇〇〇1-1

氏 名 〇〇〇〇

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	〇 〇 〇 〇	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
	住 所	吉川市〇〇〇1-1	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	出 産 (予定)日	令和〇年 〇月 〇日	母子健康 手帳番号	〇〇〇〇 (妊婦の方) ※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
	〇〇 〇〇	父	SO. 〇. 〇	
	〇〇 〇〇	母	HO. 〇. 〇	気を付けてほしい ことがあれば記入
	〇〇 〇	子	HO. 〇. 〇	
〇〇 〇〇〇	子	RO. 〇. 〇	〇〇〇	
世 帯 区 分	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯 ※被保護証明書類添付 <input checked="" 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	体調不良により家事と育児を行うことが困難であり、かつ、昼間に家事と育児を行う者がほかにいないため。			
利用希望内容	1月当たりの回数 12 回	1回当たりの派遣時間 2 時間	利用期間 R3. 〇. 〇~R3. 〇. 〇 (毎週水曜日を希望)	
希望するサービス内容	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 授乳(粉ミルク等) <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input checked="" type="checkbox"/> 沐浴 <small>乳児の兄弟姉妹(就学前に限る。)の世話</small>		

ひと月12日まで、1回当たり連続した2時間まで

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	登録された事業者を 記入
	名 称	
	代 表 者 名	