

茅ヶ崎市産前・産後ヘルパー事業利用申請書

令和 年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

私は、茅ヶ崎市産前・産後ヘルパー事業の利用を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( ) 歳
	住所	〒 ー 茅ヶ崎市 電話番号 ( )		
	出産予定日	年 月 日 (妊娠 週)	出産日	年 月 日 (妊娠期間: 週)
世帯 (申請者を除く)	氏名	申請者との続柄	生年月日	勤務先・学校の名称
			昭 / 平 / 令 年 月 日生	
			昭 / 平 / 令 年 月 日生	
			昭 / 平 / 令 年 月 日生	
			昭 / 平 / 令 年 月 日生	
			昭 / 平 / 令 年 月 日生	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (確認事項) <input type="checkbox"/> 課税状況の確認を行うため、マイナンバーを関係機関との情報連携等に使用することに同意します。ただし、税情報（全部又は一部）の取得が出来なかった場合は、市区町村民税課税証明書の提出が必要となります。			
申請理由	<input type="checkbox"/> 妊娠中で心身の不調があり、支援を必要とするため。 <input type="checkbox"/> 出産後6か月未満で、支援を必要とするため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

情報提供に関する同意書 (宛先) 茅ヶ崎市長 茅ヶ崎市産前・産後ヘルパー事業利用申請書に記載のある情報及び市の保有する情報をヘルパー事業所に情報提供する場ことに同意します。また、利用者の健康状態等について、ヘルパー事業者から市に情報提供することに同意します。	
令和 年 月 日	申請者氏名