

様式第 1 号（第 7 条関係）

中能登町子育て世帯訪問支援事業利用申請書

年 月 日

中能登町長

申請者 住 所  
 (利用者) 氏 名  
 生年月日  
 電話番号

中能登町子育て世帯訪問支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

世帯の状況 (利用者以外)	氏名	年齢	続柄	備考
出産予定日 (出産日)	該当者のみ記入 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 予定日 <input type="checkbox"/> 出産日 )			
申請理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 期間の延長			
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
利用時間	時間まで			
必要とする 支援の内容	<input type="checkbox"/> 家事支援（食事の準備・片付け、洗濯、掃除、買物の代行やサポート） <input type="checkbox"/> 育児支援（育児サポート、子育て等の悩みや不安の傾聴）			
緊急連絡先	氏名		続柄	
	電話番号			
世帯の課税状況 確認の同意	中能登町子育て世帯訪問支援事業利用者負担額の算定のため、申請者及び申請者の世帯の課税状況を照会することに同意します。 年 月 日 申請者署名			
情報提供に 関する同意	中能登町子育て世帯訪問支援事業の実施にあたり、訪問支援員（委託にて実施する場合には委託事業者）に様式第 1 号、第 2 号の情報を提供することに同意します。 年 月 日 申請者署名			