

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
利用者との続柄 本人・夫・その他 ( )

### 多摩市子ども家庭サポーター派遣登録申請書

多摩市子ども家庭サポーター派遣事業実施要綱第 7 条の規定に基づき、多摩市子ども家庭サポーター派遣登録を申請します。

#### 1 利用者に関すること

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
住所 多摩市 \_\_\_\_\_  
平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日出産・出産予定 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日退院・退院予定  
出産する(した)新生児の数 \_\_\_\_\_ 人  
妊産婦の身体状況 妊娠中  異常なし  あり ( )  
出産後  異常なし  あり ( )

#### 2 利用者の家族に関すること

続柄	氏 名	性別	生 年 月 日	年齢	職 業
本人		女	. .		
			. .		
			. .		
			. .		

#### 3 申請理由

1 日中手伝う人が誰もいない  2 その他 ( )

#### 4 希望するサービス等

サービスを希望する日・時	申請時予定 (月日・曜日・利用時間帯等)					
希望するサービス内容	家 事 援 助	<input type="checkbox"/> (1) 食事の準備後片付け <input type="checkbox"/> (2) 衣類の洗濯・補修 <input type="checkbox"/> (3) 簡単な掃除・整理整頓 <input type="checkbox"/> (4) その他	育 児 補 助	<input type="checkbox"/> (1) 授乳・オムツ交換 <input type="checkbox"/> (2) 沐浴介助 <input type="checkbox"/> (3) 兄弟の世話など <input type="checkbox"/> (4) その他	相 談 等	<input type="checkbox"/> (1) 育児 <input type="checkbox"/> (2) 母の体調 <input type="checkbox"/> (3) その他
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護世帯		<input type="checkbox"/> 2 住民税非課税世帯		<input type="checkbox"/> 3 その他の世帯	

#### 課税状況等確認同意書

申請に基づき、課税状況等に関わる事項について、多摩市長が課税状況等を公簿等により確認することに同意いたします。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記に記入(押印)していただくか、または証明する書類の写しの提出が必要です。但し、公簿及び課税台帳等により確認できない場合は書類の提出が必要となります。提出のない場合は課税世帯とみなします。