

福岡市産前・産後ヘルパー派遣事業利用登録申込書

年 月 日

福岡市長様

私は、以下の対象者に該当するため、下記事項1～2に同意のうえ、福岡市産前・産後ヘルパー派遣事業利用登録を申し込みます。

<対象者（以下1～3の全てに該当する方）>

1. 福岡市内に住民票がある。
2. 妊娠中（妊娠届出済）または生後1年未満の赤ちゃんがいる。
3. 育児に不安や負担を抱えている。

<同意事項>

1. 提出された利用登録申込書の内容確認及び要件審査のため、住民基本台帳による調査を行うこと。
2. 「福岡市おむつと安心定期便」等の各子育て支援事業との連携や今後の支援に役立てるため、必要な範囲内で、本書記載情報や利用状況等について、事業者と福岡市（関係部署や各区保健福祉センター）で共有すること。

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所 (住民登録)	〒 ー ー 福岡市 区 ※マンション等の場合（建物名： 部屋番号： ）		
連絡先	※日中つながりやすい連絡先をご記入ください	出産(予定) 日	年 月 日
多子世帯	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日時点で、きょうだい児が未就学である。 ※該当する場合は、□にチェック(☑)を入れて、最も年齢が低いきょうだい児の生年月日を下記の欄にご記入ください。		
	きょうだい児（未就学児）の生年月日	年 月 日	
多胎世帯	<input type="checkbox"/> 出産した（出産予定の）赤ちゃんは、多胎児（双子、三つ子など）である。 ※該当する場合は、□にチェック(☑)を入れてください。		
派遣希望事業者			
減免対象者(※)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 ※該当する場合は、□にチェック(☑)を入れてください。		

※減免対象者に該当する方は、下記の書類を一緒に添付してご提出ください。

- ・生活保護世帯の方・・・保護受給証明書
- ・市民税非課税世帯の方・・・生計中心者（同一生計で収入が一番高い方）の市民税が非課税だった場合に対象となります。生計中心者の非課税証明書をご提出ください。

登録番号