別記

第１号様式（第７条）

エンゼルヘルパー派遣利用登録申請書

　　年　　月　　日

横芝光町長　　　　様

次のとおりエンゼルヘルパー派遣を受けたいので、横芝光町エンゼルヘルパー派遣事業実施要綱第７条第１項の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （妊婦・養育保護者） | | フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 電話 |  | | | FAX | |  | | |
| 出産予定日 | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 世帯構成 |  |  | 続柄 | 職業（年齢） |  | |  | | 続柄 | 職業（年齢） |
| １ |  |  |  | ５ | |  | |  |  |
| ２ |  |  |  | ６ | |  | |  |  |
| ３ |  |  |  | ７ | |  | |  |  |
| ４ |  |  |  | ８ | |  | |  |  |
| （該当する番号に〇）  申請理由 | | １　母子手帳を交付された妊婦で昼間援助者がいない。  ２　１歳未満の乳幼児を養育する保護者で昼間援助者がいない。  ３　１歳６箇月未満の乳幼児を養育する保護者で昼間援助者がいない。  ４　その他 | | | | | | | | |
| 個人情報  確認同意欄 | | 申請者及び対象乳幼児が、エンゼルヘルパー派遣の支給要件（住所、生年月日、世帯の状況、町税の納付状況、母子健康手帳交付書類）を満たしていることの確認を、町職員が行うことに同意します。  申請者　氏名 | | | | | | | | |