

(様式1)

受付印

### 加古川市ひとり親家庭等日常生活支援事業利用申請書

年 月 日

加古川市長 様

(申請者) 住所

氏名

電話

次のとおり、ひとり親家庭等日常生活支援事業の利用を申請します。なお、事業の利用にあたり、私と世帯員の住民基本台帳、課税状況及び児童扶養手当に関する公簿等を調査すること並びに、申請書に記載のある情報をヘルパー派遣業者に情報提供することについて同意します。

世帯員	氏名	続柄	生年月日	アレルギー・病気等
		本人	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
派遣理由 (いずれかに○をつけること)	(1) 一時的に支援が必要〔事由：□就職活動中 □疾病 □その他 ( )〕 (2) 生活環境等が激変〔詳細： ( )〕 (3) 乳幼児又は小学校に就学する児童を養育しており、定期的な生活援助が必要			
希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
希望する援助	□食事の世話 □住居の掃除 □衣類の洗濯 □生活必需品等の買い物 □身の回りの世話 □その他 [ ]			
緊急連絡先	フリガナ 氏名	(続柄)	連絡先	

世帯区分	□ 生活保護世帯・ □ 児童扶養手当支給水準世帯 □ その他の世帯 市町村民税非課税世帯
備考	駐車場 :【 有 ・ 無 】 希望の曜日 :【 有 ( ) ・ 無 】 希望の時間帯 :【 有 ( ) ・ 無 】

※太枠内は記入しないでください。