

第1号様式（第7条関係）

荒川区産前産後支援ヘルパー派遣事業利用申請書

年 月 日

荒川区長 殿

荒川区産前産後支援ヘルパー派遣事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名		電話番号	
	住所		妊産婦との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
妊産婦 (申請者と同一 の場合は 下線の項目 のみ記入)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	東京都荒川区		
	電話 番号	(日中に連絡がとれる番号)		
		(上記以外の緊急連絡先)		
	妊娠・出産の状況	<input type="checkbox"/> 産前 (多胎児の氏名・健康状態の記入不要) <input type="checkbox"/> 産後		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他()		
多胎児	フリガナ 氏名	①	②	③
	健康 状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他()
		生年月日 (出産予定日)	年 月 日	
以外 の 同 居 家 族	妊産婦・多胎児	氏名	健康状態など	
利用にあたり留意して欲しいこと				

【確認事項等】(すべての項目を確認後、してください。)

<input type="checkbox"/> 1 申請にあたり必要があるときは区が保有する母子保健事業に関する情報、住民税の課税状況、生活保護者相談事務に関する情報を閲覧することに同意します。 <input type="checkbox"/> 2 申請書に記載の情報を、荒川区産前産後支援ヘルパー派遣事業実施のため、委託事業者へ提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 3 本サービスの提供により生じた事故、及びそれによる損害について区は一切の責任を負いかねることに同意します。 <input type="checkbox"/> 4 生活保護受給世帯又は住民税非課税世帯の方は、利用者負担額が通常よりも低い金額となります。次の当てはまる箇所にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯 <input type="checkbox"/> 当該年度分の住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 上記どちらにも該当しない
--