

池田市多胎家庭サポート事業利用申請書

年 月 日

池田市長 様

池田市多胎家庭サポート事業実施要綱第 5 条に規定する対象者に該当し、池田市多胎家庭サポート事業による支援を受けたいので、次のとおり申請します。また、同意事項 1 ～ 4 について同意します。

申請者	(ふりがな) 氏 名			生年月日 年 月 日 (歳)	
	住 所	池田市			
		電話番号			
		<u>緊急連絡先</u> 氏名 申請者との関係 住所 電話番号			
出産日又は出産予定日		令和 年 月 日			
同居者の状況	氏名	続柄	生年月日		備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
希望内容	☐ 家事支援 []				
	☐ 育児支援 []				
	☐ 外出支援 []				
訪問希望	☐ 希望曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金				
	☐ 希望時間帯 午前 ・ 午後				
世帯の区分	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯				

【同意事項】（各項目欄の□に「✓」を入れてください。）

- ☐ 1. 池田市が私及び同一世帯員の市民税情報について調査・閲覧することに、また、調査の結果、確認ができなかった内容については、証明できる書類を提出することに同意します。
- ☐ 2. 利用を承認されたときは、本事業を受けるに当たり必要な情報を支援員等に提供することに同意します。
- ☐ 3. 利用決定後、利用日をやむを得ず変更又はキャンセルする場合は、期限までに市に連絡することに同意します。
- ☐ 4. 利用者負担金を期限までに市に支払うことに同意します。