

第1号様式（第6条関係）

産前・産後ヘルパー派遣事業登録申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

申請者 氏 名

（生年月日） 年 月 日

連絡先

次のとおり産前・産後ヘルパー派遣事業の登録を申請します。

利 用 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 連絡先		
出産（予定）日		年 月 日	現在 妊娠	週 生後 か月
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護受給の世帯 <input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税の世帯 <input type="checkbox"/> 上記以外の世帯		左記の内容について情報を閲覧することに同意します。（※） 署名 _____	

※利用に際し手数料の徴収に必要な要件の確認などをするため、次の事項について閲覧します。なお、情報の取扱いには十分注意し、個人情報の保護は厳守します。

- (1)住民基本台帳（本市内に住所を有することを確認します）
- (2)市民税課税台帳（所得状況を確認します）
- (3)生活保護法に係る保護費支給の有無