

産前・産後ヘルプサービス利用申込書

年 月 日

（宛先）金沢市長

申込者 住所
氏名

産前・産後ヘルプサービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

利 用 者	住 所			Tel	—
	ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
出産予定日 又は出産日		年 月 日 (予定)			
世 帯 の 状 況	氏 名	生年月日	続 柄	備 考	
	(本人を除く。)				
利 用 す る 理 由 希 望	身体の状況	妊娠中 異常なし、 あり () 出産後 異常なし、 あり ()			
	家族の状況	核家族である 核家族以外は、次の理由による。 (理由)			
希 望 す る 期 間 等		希望期間 年 月 日から 年 月 日まで (産前 日間 / 産後 日間)			
		希望する曜日 月、 火、 水、 木、 金 曜日			
		希望時間帯 午前 ・ 午後			
希 望 す る サ ー ビ ス の 内 容		希望するサービスの内容（○を付けてください。） 育児援助 もく浴の手伝い、授乳の手伝い、おむつ交換 家事援助 調理、食事の片づけ、洗濯、掃除、買い物 その他 ()			
年 月 日 上記のサービス利用に係る納付金の額の算定に必要な税関係の書類を市長が調査 することに同意します。 住所 氏名 (署名又は記名押印)					