

様式第1号 (第11条関係)

産前・産後ママヘルプサービス利用申込書

平成 年 月 日

(あて先) 金沢市長

申込者 住所

氏名



産前・産後ママ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	昭・平	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	年齢	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 沐浴の手伝い、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 ()			
平成 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				
⑩				