

様式第 1 号（第 6 条関係）

ママヘルプサービス事業利用申請書

年 月 日

（あて先）伊那市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

年度において伊那市ママヘルプサービス事業を利用したいので申請します。

利 用 者	住 所				
	氏 名				
出産（予定）施設名					
出産（予定）予定日		年 月 日			
派遣を希望する 期間及び時間		期 間	出産の日の 日目から 日目まで		
		時 間	午前・午後 時 分～ 時 分		
			午前・午後 時 分～ 時 分		
利用を希望する理由		核家族である 多胎で出産した乳児を養育している その他 ()			
世 帯 構 成	氏 名	続 柄	生年月日	勤務先（電話番号）	備 考
※ 決 定 欄	係	係 長	課 長	起案日	年 月 日
				決裁日	年 月 日
	上記の申請について利用の（可・否）を決定し、その旨通知よろしいでしょうか。				

生活保護世帯並びに市民税非課税世帯に該当するときは、費用を減額し、又は免除することができます。

希望される方は、次の欄もご記入ください。

(あて先) 伊那市長

表面の事業実施にかかわる費用について、次の理由により減免の申請をします。
また、減免の決定のために、利用者及び利用者の属する世帯の課税資料について、担当職員が閲覧することに同意します。

減免の申請理由について

1 生活保護世帯

2 市民税非課税世帯

年 月 日

住 所

氏 名

印