

様式第1号（第7条関係）

日立市産前・産後ママサポート事業利用申請書

年 月 日

日立市長 殿

日立市産前・産後ママサポート事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請の審査に当たり、私及び私の属する世帯の住民基本台帳を閲覧することについて同意します。

申請者	(ふりがな) 氏名			続柄 (子からみた場合)	
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所	日立市			
	電話番号			職業	
世帯構成 (申請者を除く。)	(ふりがな) 氏名	申請者 との続柄	生年月日	年齢	職業等
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
			年 月 日	歳	
申請理由等 □にレ印を 付け、出産 予定日等を 記入してく ださい。	<input type="checkbox"/> 妊娠中(母子健康手帳の交付を受けた方)で、日中他の家族等に家事を手伝う人がおらず支援が必要 <input type="checkbox"/> 多胎児 【出産予定日 年 月 日】【妊娠週数 週】 【出産を予定している病院 ()】				
	<input type="checkbox"/> 出産日から2年未満で、日中他の家族等に家事や育児を手伝う人がおらず支援が必要 <input type="checkbox"/> 多胎児 【出産日 年 月 日】				
	<input type="checkbox"/> その他(具体的理由:)				
希望する支援内容の□内にレ印を付けてください。	家事支援	<input type="checkbox"/> 食事の準備、後片付け <input type="checkbox"/> 衣類等の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事支援		育児支援	<input type="checkbox"/> 調乳準備、後片付け <input type="checkbox"/> 沐浴準備、後片付け <input type="checkbox"/> その他必要な育児支援
利用希望事業者名					

決裁区分	課長	審査	係	審査結果		
				申請日	判定	利用券枚数
				出産(予定)日	適 ・ 否	20 枚
				母子手帳交付日		
				利用期間 決定日～		