

番号

練馬区育児支援ヘルパー事業利用申請書

令和 年 月 日

練馬区教育委員会教育長 殿

〒  
 申請者 住所  
 氏名 電話

下記の育児支援ヘルパー事業の利用を申請します。申請内容に変更が生じたときは、その都度届け出ます。  
 本申込にあたり、必要に応じて申請者の属する世帯に関する特別区民税・都民税の課税状況および生活保護受給状況について、区が保管する個人情報により確認することに同意します。  
 また、申請者の住所、氏名、電話番号および下記太枠内の情報を育児支援ヘルパー事業受託者に提示することに同意します。

(出産前に申請する場合は出産予定日のみ記入してください。) ※ 対象児童	児童氏名	フリガナ		(出産予定日) 生年月日	年 月 日	出生時 体重	g
		フリガナ			( 歳 か月)		g
申請理由 (該当する項目すべて選択してください。)	<input type="checkbox"/> 家事援助が必要 <input type="checkbox"/> 多胎児を出産(予定) <input type="checkbox"/> 切迫早産・切迫流産の診断 <input type="checkbox"/> 低体重児を出産(出生時の体重が2,500g未満の場合に該当) ※多胎児を出産予定の場合は母子健康手帳等多胎児を妊娠中であることが分かるものの写しをご提出ください。 ※切迫早産、切迫流産の場合はその証明、低体重児を出産の場合は母子手帳等出生時体重の分かるものの写しをご提出ください。 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
母(父)の氏名	フリガナ		生年月日		年 月 日 ( 歳)		
保護者・家族欄	フリガナ 氏名	続柄	生年月日		職業	連絡先(自宅以外)	
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				

※ 区の処理欄

区分
<input type="checkbox"/> 前年度住民税課税
<input type="checkbox"/> 非課税・生活保護

処理	所長	係長	担当