

様式第 1 号（第 8 条関係）

伊予市子育て世帯訪問支援事業利用申請書

年 月 日

伊予市長 様

私は、伊予市子育て世帯訪問支援事業の利用を申請します。

(ふりがな) 申請者氏名		生年月日		年 月 日 (歳)		
住 所		〒 伊予市 TEL 緊急連絡先：氏名 (続柄) TEL				
出産（予定）日		年 月 日 ☐ 予定日（予定日の場合は ☒ を記入してください。）				
世帯構成	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢
申請理由						
希望する支援						
利用希望期間、 時間及び回数						
同意欄		私は、申請に当たり次の事項に同意します。 ① 利用審査及び利用者負担額決定に当たり、市が申請者及びその世帯員の市民税課税資料、住民基本台帳等、事務処理に必要な資料を閲覧すること。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等を提供すること。 ② 申請書の内容について、利用事業者に情報提供すること。また、利用事業者が本事業の利用状況等を市へ情報提供すること。 年 月 日 申請者氏名 自署				
区分 (市で記入)		☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 市民税所得割額が 77,101 円未満の世帯 ☐ その他の世帯 ※生活保護世帯の方は、生活保護受給証明書が必要です。				