

子育て応援ヘルパー派遣実証事業利用者登録（変更・削除）申請書

年 月 日

（宛先）今治市長

〒 _____

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電 話（ _____ ） _____

次のとおり、子育て応援ヘルパー派遣実証事業の利用者登録（変更・削除）を申請します。

利 用 者	(ふりがな) 氏 名	(_____)	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)	
	住 所	(申請者と同じ場合は記入不要) 今治市			
	連 絡 先	電話番号	(_____)	—	
		緊急連絡先	(_____)	—	
出産予定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	乳児の氏名 生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生		
世 帯 構 成	氏 名	続柄	生年月日	職 業	備 考
		世帯主			

なお、事業の利用の確認のため、今治市が保有する住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。また、ヘルパー派遣にあたり、当申請書に記載された事項を必要に応じ、認定事業者等に提供することを承諾します。