

青森市多胎妊産婦等サポーター派遣事業利用申請書

年 月 日

青森市長 様

<申請者>

住 所

氏 名

電話番号

利用者との関係

青森市多胎妊産婦等サポーターの派遣を希望しますので、次のとおり申請します。

利用者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	住所・ 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	緊急 連絡先	ふりがな 氏名	利用者との関係			
		住所	Tel - -			
世帯構成 (申請者を除く)	氏 名	ふりがな	続柄	生年月日	年齢	備 考
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
申請理由						
同意書						
<p>1 青森市がサポーター派遣の可否及び費用区分の審査に当たり、必要があるときは、住民基本台帳、母子保健事業に関する情報及び世帯全員の課税状況並びに生活保護の認定状況等について、調査・閲覧することに同意します。課税状況等に変更があった場合は、速やかに市へ申し出ます。</p> <p>2 サポーターによる育児、家事及び外出支援を希望する場合、自らの責任によりサービスの提供を受け、本サービスの提供により生じた事故、及びそれによる損害について市は一切の責任を負いかねることに同意します。</p> <p>3 本申請書に記載した内容は、サポーター及びサポーターを派遣する事業者が確認することに同意します。</p>						
				年 月 日	申請者氏名 _____	