

飯島町ママサポート事業利用申請書

年 月 日

（宛先）飯島町長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおり飯島町ママサポート事業を利用したいので申請します。

利用 者	住 所				
	氏 名				
出産（予定）施設名					
出産(予定)日		年 月 日			
派遣を希望する 期間及び時間	期 間	出産前・後	日目から	日間	
	時 間	午前・午後	時 分	～	時 分
		午前・午後	時 分	～	時 分
利用を希望する理由 (該当に☑)		<input type="checkbox"/> 核家族である <input type="checkbox"/> 多胎で出産した乳児を養育している <input type="checkbox"/> その他 ()			
世帯 構 成	氏 名	続 柄	生年月日	勤務先 (電話番号)	備 考
減 免	生活保護世帯並びに町民税非課税世帯に該当するときは、費用を減免することができます。 なお、減免を希望される方は、減免の決定のため、利用者及び利用者の属する世帯の課税資料について 担当職員が閲覧することに同意した上で☑をご記入ください。 <div style="text-align: right;">減免を希望します <input type="checkbox"/></div>				
※決定欄	次 長	係 長	係 員	起案日	年 月 日
				決裁日	年 月 日
	上記の申請について利用の(可・否)を決定し、その旨通知してよろしいでしょうか。				

