

別記

第1号様式（第7条関係）

年 月 日

(宛先) 奈良市長

申請者 住所 奈良市

ふりがな

氏名

印

電話

奈良市エンゼルサポート事業利用申請書

奈良市エンゼルサポート事業の利用について、次のとおり申請します。

	氏名(ふりがな)	続柄	生年月日	職業及び学校名等	連絡先
世帯の状況					
世帯区分	該当するものを選択 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 多子世帯 <input type="checkbox"/> 多胎児世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯				
利用区分	該当するものを選択 出産予定日（ ） <input type="checkbox"/> 産前 <input type="checkbox"/> 産後（出生後から1歳に達する日まで） <input type="checkbox"/> 1歳から就学前まで				
申請理由					
希望期間	期間	年 月 日から 年 月 日まで			
	時間	(週 回 曜日) 時 分から 時 分まで			
希望する支援内容	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 住居の掃除又は整理整頓 <input type="checkbox"/> 被服の洗濯 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> 調乳、授乳、おむつ交換及び沐浴の補助 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

裏面あり

奈良市エンゼルサポート事業実施要綱第7条第2項に規定する区分の家庭であることについて、奈良市において世帯の住民情報・世帯の市民税課税状況（所得の状況）・生活保護、児童扶養手当又はひとり親医療費の助成の有無を公簿等により確認することに同意します。

氏名（申請者） ㊟

※申請時の聴取りによって、市が申請内容の審査のため必要と判断した方については、上記同意事項を確認の上、それぞれ記名押印してください。

氏名 ㊟ 氏名 ㊟

氏名 ㊟ 氏名 ㊟

奈良市エンゼルサポート事業利用申請にあたり、必要時、児童の養育状況及び申請者の家庭状況等について、本市において、関係機関への確認及び情報提供を行うことに同意します。

申請者 氏名 ㊟

申請者の妻又は夫 氏名 ㊟

※公簿等により確認できないときは、必要な書類の提出をお願いすることがあります

※本人自筆の署名があれば、記名押印に代えることができます。