

年 月 日

八王子市産前・産後サポート事業（ハローベビーサポート事業）利用登録（変更）申請書

八王子市長 殿

ハローベビーサポート事業を利用したいので、次のとおり登録・申請します。

|  |  |        |            |        |
|--|--|--------|------------|--------|
| 申請者  | 氏名（フリガナ）   |        | 生年月日       |        |
|  |  |        | 年 月 日      |        |
|  | 住所   |        |            |        |
|  | 電話番号   |        | メール        |        |
| 対象児  | 氏名（フリガナ）   |        | 出産予定日      |        |
|  |  |        | 年 月 日      |        |
|  |  |        | 生年月日       |        |
|  |  |        | 年 月 日      |        |
| 同居の家族  | 氏名（フリガナ）   | 続柄     | 生年月日       | 在籍・在学等 |
|  |  |        | 年 月 日      |        |
|  |  |        | 年 月 日      |        |
|  |  |        | 年 月 日      |        |
|  |  |        | 年 月 日      |        |
|  |  |        | 年 月 日      |        |
| 申請理由   | <input type="checkbox"/> 支援者なし <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 傷病中（ ） |        |            |        |
| 緊急連絡先  | 氏名：  |        | 申請者との続柄（ ） |        |
|  | 住所：  |        | 電話：        |        |
| ヘルパーが停められる駐車場  | 有（ 台） 無  | ペットの有無 | 有（ ） 無     |        |
| 希望する支援に○をつけてください ※ 多胎の方は 5. 6. 7. 保護者同意のもとで直接の支援が可能<br>1 簡単な食事の支度・下準備    4 食材や生活必需品の買い物    7 おむつ交換の準備と片付け<br>2 衣類の洗濯    5 沐浴の準備と片付け    8 健診の付き添い<br>3 居室の掃除・整理整頓    6 授乳の準備と片付け    9 兄姉の送迎 |  |        |            |        |

申請に係る住民情報について市の公簿で確認することに同意します  
 また上記の情報を産前・産後ヘルパー事業者に提示することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_