

世帯の状況

ふりがな				電話	※日中連絡がつく電話番号
申請者氏名					
申請者住所					
同居の世帯構成	ふりがな	性別	生 年 月 日	続柄	保育所・学校等の名称 アレルギー等特記事項
	氏 名				
		男	年 月 生		
		女	(歳)		
		男	年 月 生		
		女	(歳)		
		男	年 月 生		
		女	(歳)		
		男	年 月 生		
		女	(歳)		
近くに支援を依頼できる人の有無			有 ・ 無 ()		
支援希望理由					
支援時の希望	ヘルパーの性別（希望に添えない場合あり）、配慮してほしいこと				
注意事項	<input type="checkbox"/> ヘルパーの都合がつかず、派遣できない場合があることを了承します。 <input type="checkbox"/> 派遣の変更・中止をするときは前業務日午後6時までに市又は事業所へ連絡します。				
個人情報の確認	「世帯の状況」に記載された情報を実施事業者等関係者に提供することに同意します。 <div style="text-align: right;">署名 _____</div>				

様式第1号の2（第6条関係）

大分市長

殿

年 月 日

同意書

次の者は、大分市が母子及び父子並びに寡婦福祉法第17条第1項、第31条の7第1項又は第33条第1項の規定に基づき日常生活支援の申請に係る事務を処理するために、当該者に係る地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居

- (注) 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を取得してください。