

加古川市産前・産後家事ヘルパー派遣 申請書

加古川市長 様

年 月 日

申請者氏名（自署） \_\_\_\_\_

次のとおり産前・産後家事ヘルパーを申請します。なお、事業の利用にあたり、私と世帯員の市民税課税状況を確認すること及び申請書に記載のある情報をヘルパー派遣業者に情報提供することに同意します。また、必要時、加古川市の地区担当保健師等の関係者に情報提供することに同意します。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏名	生年月日		出産予定日 ※産前	
		年 月 日 ( 歳)		年 月 日	
	住所			電話	
乳児 ※産後	ふりがな 氏名	生年月日		出生体重	妊娠週数
		年 月 日 ( 歳)		g	週
		年 月 日 ( 歳)		g	週
派遣理由等	(1)家事等が困難な理由 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 家族等の援助が無い <input type="checkbox"/> その他 ( ) (2)治療中の病気 <input type="checkbox"/> 有 (病名: ) <input type="checkbox"/> 無 (3)その他 ( )				
内 容	ヘルパー種別	産前 ・ 産後	利用開始希望日	年 月 日 ( )	
	【家事に関すること】 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 住居等の清掃及び整理・整頓 <input type="checkbox"/> その他 ( )			【育児に関すること】 <input type="checkbox"/> 授乳補助 <input type="checkbox"/> おむつ交換補助 <input type="checkbox"/> 沐浴補助 <input type="checkbox"/> 兄弟の世話 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
同居の 家族	氏名	申請者との続柄	生年月日		アレルギー等
			年 月 日 ( 歳)		
			年 月 日 ( 歳)		
			年 月 日 ( 歳)		
緊急 連絡先	住所			備考	
	氏名 続柄 ( )				
	電話				

世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> その他の世帯
------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

※太枠内は記入しないでください。