

第1号様式（第5条関係）

産前・産後ヘルパー派遣事業利用申請書

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

㊟

次のとおり産前・産後ヘルパーの派遣を申請します。

また、派遣決定に当たり、必要な税情報・生活保護情報等を利用することに同意し、世帯状況等について、事業者へ情報を提供することを承諾します。

利用者	住所			電話番号		
	氏名			生年月日	年	月 日
出産日又は 出産予定日	年 月 日 多胎 人（多胎の場合のみ記入してください。）		事前調整が 可能な日時	年	月 日	午前・午後 時頃から
派遣を受け ようとする 理由						
派遣を受け ようとする 期間及び時間	期間	<input type="checkbox"/> 妊娠中のみ希望 <input type="checkbox"/> 産後のみ希望 <input type="checkbox"/> 妊娠中及び産後を希望 年 月 日から 年 月 日まで				
	時間	時 分から 時 分まで				
必要とする サービスの 内容	家事に関すること。 <input type="checkbox"/> 調理及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 住居等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> 関係機関等との連絡 <input type="checkbox"/> その他（ ）			育児に関すること。 <input type="checkbox"/> 授乳の手伝い <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
緊急連絡先	氏 名			電話番号		
	住 所			利用者との続柄		
同居の家族	氏 名	利用者 との続柄	生 年 月 日		勤務先、学校等の名称	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

産前・産後ヘルパーの派遣可否の審査のため、職員が世帯員の状況を調査することを承諾します。

氏 名

㊟

※ここから下は、記入しないでください。

世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
-------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------