

受付No. \_\_\_\_\_

川崎市産後家庭支援ヘルパー派遣利用申請書

平成 年 月 日

(あて先)  
認定事業者 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、体調不良であり、昼間、育児や家事を行う介助者がいないため、川崎市産後家庭支援ヘルパー派遣事業実施要綱第10条の規定に基づき、川崎市産後家庭支援ヘルパー派遣利用申請書(利用日程)兼派遣利用確認書を添えて、産後家庭支援ヘルパー派遣の利用を申し込みます。

利用者	氏 名	_____	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
	住 所	川崎市 区 _____	電話番号(自宅) _____ 緊急連絡先 _____ FAX番号 _____	
	出産日	平成 年 月 日	母子健康手帳番号	_____
	*身体状況を具体的に記入してください。			

世帯構成 (利用者含まず)	氏 名	利用者との続柄	生年月日	職 業	備 考	

希望するサービスにレを付けてください。  ※買い物等の居宅外で要した交通費等は利用者の実費負担となります。	育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ
		<input type="checkbox"/> おむつ交換		<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修
		<input type="checkbox"/> 沐浴介助		<input type="checkbox"/> 居室等の清掃、整理整頓
		<input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備		<input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物
		<input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ( )		<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡
		<input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ( )		