

川崎市産前・産後家庭支援ヘルパー派遣事業利用申請書

平成 年 月 日

(あて先) 認定事業者 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

私は、体調不良等のため育児又は家事を行うことが困難であり、かつ、昼間に育児又は家事を行う者が他にいないため、川崎市産前・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、川崎市産前・産後家庭支援ヘルパー派遣事業利用日程申請書兼確認書を添えて、産前・産後家庭支援ヘルパー派遣事業の利用を申請いたします。

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。 ※買い物等のために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 ()			