

川崎市産前・産後家庭支援ヘルパー派遣事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 認定事業者 様

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。

申 請 者	(フリガナ) 氏 名		生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)
	住 所 ※建物名も記入	川崎市 区	電話番号 _____ 緊急連絡先 _____ FAX 番号 _____	
	出産予定日	西暦 年 月 日	母子健康手帳番号	
	出 産 日	西暦 年 月 日		
	*身体状況を具体的に記入してください。また、下記に該当する場合はチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 現在、多胎児を妊娠中又は多胎児を出産			

世 帯 構 成 (申 請 者 含 ま ず)	氏 名 (フリガナ)	申請者との続柄	生年月日	備 考	
				西暦 年 月 日	
				西暦 年 月 日	
				西暦 年 月 日	
				西暦 年 月 日	
				西暦 年 月 日	

希望するサービスにチェックを付けてください。 ※買い物等のために要した交通費等は、利用者負担額とは別に実費負担が必要となります。	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"/> 衣類の洗濯及び補修
		<input type="checkbox"/> 沐浴介助		<input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓
		<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"/> 保育園等への送迎		<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡
		<input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ()		<input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()

ご自宅に自転車を置くスペースはございますか？ 有 ・ 無 ()

ご自宅に車を置くスペースはございますか？ 有 ・ 無 ()

ペットは飼っていらっしゃいますか？ 有 ・ 無 (ペットの種類:)