

袖ヶ浦市産前産後ヘルパー利用申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

私は、袖ヶ浦市産前産後ヘルパー派遣事業を利用したいので、袖ヶ浦市産前産後ヘルパー派遣事業実施要綱第7条第1項の規定により次のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日生(歳)
	連絡先	自宅() 携帯() FAX()	住所	
	出産予定日 及び妊娠週数	年 月 日・妊娠 週	出産日	年 月 日
緊急連絡先	ふりがな 氏名	申請者との続柄()	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
			連絡先	自宅() 携帯()
世帯構成	ふりがな 氏名	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	
世帯区分 ※該当箇所に☑を付けてください。		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯		
申請理由				
申請日時時点で希望するサービスに☑を付けてください。 ※買い物等の居宅外のサービスで要した交通費その他の実費相当額は利用者の負担となります。	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める家事援助()	育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳介助 <input type="checkbox"/> おむつ交換介助 <input type="checkbox"/> もく浴介助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> 通院等の同行 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める育児援助()
派遣希望事業者名 ※希望がある場合に記入してください。	1	2	3	
開始希望日 ※該当箇所に☑を付け記入してください。	産前・産後(単胎・多胎) 年 月 日頃から開始希望			
世帯区分の確認に関する同意書				
袖ヶ浦市長 様 産前産後ヘルパー派遣の決定に当たり、市が保管する情報のうち、生活保護の受給の情報や市民税の課税の情報を利用することに同意します。 年 月 日 氏名 _____ Ⓜ				
情報提供に関する同意書				
袖ヶ浦市長 様 袖ヶ浦市産前産後ヘルパー利用申請書に記載のある情報を、ヘルパー派遣事業者に情報提供することに同意します。また、袖ヶ浦市子育て世代総合サポートセンターが情報を使用することに同意します。 年 月 日 氏名 _____ Ⓜ				

※本申請書は、袖ヶ浦市産前産後ヘルパー派遣事業以外の目的には使用しません。
 ※本人による署名の場合は、押印を省略することができます。

市記入欄	(利用希望内容、曜日、時間帯、兄弟の状況等)
------	------------------------