

上越市産前・産後ヘルパー派遣申請書

令和 ○年 △月 □日

〒943-****

(宛先) 上越市長

申請者 住 所 上越市木田 1-1-3

氏 名 上越 太郎

電話番号 025-526-5111

(署名の場合は押印不要)

次のとおり上越市産前・産後ヘルパーの派遣を申請します。

利用者	住所	上越市木田 1-1-3		電話番号	025-526-5111
	氏名	上越 花子		生年月日	平成 4 年 11 月 22 日
出産日又は 出産予定日	令和 ○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	令和 ○年 △月 □日 午前・午後 1 時頃から
派遣を受け ようとする 理由	切迫早産のおそれありと診断され入院中、退院後は絶対安静の指示を受けている。妻の実家は県内の○○市にあるが、乳幼児のいる世帯でもあり、支援を受けられる状況にないため、ヘルパーの派遣を希望する。				
派遣を受け ようとする 期間、回数 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 checked="" type="checkbox"/> 妊娠中及び産後を希望 令和 ○年 △月 ×日から 令和 ○年 △月 ×日まで			
	回数	週 2 回	具体的に記入をお願いします。書ききれないときは、裏面に記入してください。		
	時間	午前9 時 00 分から 午前11 時 00 分まで			
必要とする サービスの 内容	家事に関すること。 <input checked="" type="checkbox"/> 調理 <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 checked="" 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 <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	上越 太郎		電 話 番 号	025-526-5111
	住 所	上越市木田 1-1-3		利用者との続柄	夫
同居して いる 人	氏 名	利用 者 との続柄	生 年 月 日	勤務先、学校等の名称	
	上越 太郎	夫	大・昭・平 2 年 4 月 25 日	(株)○○商事	
	上越 桜	子	大・昭・平 30 年 8 月 1 日	△□保育園	
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		

産前・産後ヘルパーの派遣に関する審査のため、こども家庭センターの職員が世帯員の市民税の課税状況を確認することを承諾します **署名の場合は押印不要です。** 氏名 上越 花子

(署名の場合は押印不要)

産前・産後ヘルパーの派遣の利用期間を決定するため、こども家庭センターの職員が妊婦の子の出産日を確認することを承諾します。 **署名の場合は押印不要です。** 氏名 上越 花子

(署名の場合は押印不要)

※ここから下は、記入しないでください。

区 分	妊 婦	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	夫	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯

