

産前・産後ヘルプ事業利用申込書

年 月 日

(宛先)
名古屋市 区社会福祉事務所長

申込者氏名

下記のとおり、産前・産後ヘルプ事業を申し込みます。この申込にあたり、世帯における市民税に関する課税資料等を確認されることや、サービス提供のために他の機関と連絡したり、訪問されることについて同意します。

利用者の状況	氏名					昭・平 年 月 日生(歳)
	住所	名古屋市 区				(アパート等の場合は方書、号数まで記入)
		(電 話) () - (日中連絡のとれる電話番号・携帯等) () - (FAX番号) () - ※連絡がとれない場合、派遣事業者からFAXでの連絡が行くことがあります。				
	緊急連絡先	(電話 () -				
	出産(予定)日	年 月 日 (予定)			母子健康手帳番号	
身体の状態	・妊娠中 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり() ・出産後 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり()					
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業・学校	備考	
	(生計中心者)					
派遣を希望する理由	<input type="checkbox"/> 妊娠中又は出産後で昼間介助者がいないので、家事や育児が困難である。 <input type="checkbox"/> 多胎で出産し、昼間介助者がいないので、家事や育児が困難である。					
派遣希望	期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
	日時等	週 日 / 1日 回 / 時間 : ~ :				
	事業所名	(第1希望)		(第2希望)		
	サービスの内容	家事に関すること	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> きょうだいの世話 <input type="checkbox"/> その他()	育児に関すること	<input type="checkbox"/> 授乳の手伝い <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> その他()	
備考						

注)1 □には、該当する区分にV印を記入してください。

2 世帯員が職業を持たない場合、利用者を昼間介助できない理由を備考欄に記入してください。