

年 月 日

(宛先)
須崎市長申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話

須崎市産前産後ヘルパー派遣事業利用申請書

次のとおり、産前産後ヘルパー派遣事業を利用したいので、申請します。

(ふりがな) 母氏名		(ふりがな) 児氏名	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (ヶ月)
住所	須崎市		
TEL		緊急連絡先	(続柄)
出産 (予定) 医療機関		妊娠状況	出産予定日： 年 月 日
		出産状況	在胎週数： 週 出生体重： g
本人の意向 及び 家族の意向			
留意事項	①通院： なし・あり (病名： 病院名：) ②内服： なし・あり (内服薬：) ③アレルギー： なし・あり (種類：) ④その他配慮が必要なこと ()		
	産前産後ヘルパー派遣		
利用希望日	年 月 日～ 年 月 日 曜日： 月 火 水 木 金 (日間)		
希望する サービス	・食事の準備・後片付け ・衣類の洗濯 ・居室などの掃除・整理整頓 ・生活必需品の買い物 ・その他 () ・授乳の準備・後片付け ・おむつ交換の補助 ・沐浴介助の補助 ・育児環境の整備		

情報提供などに関する同意書

私は当申請に関し、次の事項に同意します。

- (1) 当事業を利用するために、必要な範囲内で個人の情報サービスを利用する機関に提供することに同意します。
- (2) 自己負担額は利用事業者を支払うことに同意します。また、利用日の前日までに中止の申し出がない限り、産前産後ヘルパー派遣事業を利用しなくとも費用を負担することに同意します。

氏名 _____