

氷見市産前産後ヘルパー事業(利用・変更)申込書

年 月 日

氷見市長 あて

申込者氏名

下記のとおり、産前産後ヘルパー事業を申し込みます。この申込にあたり、同意欄に記載の事項について同意します。

利用者の状況	氏 名				年 月 日生(歳)	
	住 所	氷見市 (電 話) () - () (日中連絡のとれる電話番号・携帯等) () - () (メールアドレス) ※連絡がとれない場合、派遣事業者からメールで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 況	・妊娠中 ☐ 異常なし ☐ あり() ・出産後 ☐ 異常なし ☐ 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)					
同意欄		・審査に必要な範囲で住民基本台帳や世帯状況等について調査し、情報を閲覧すること。 ・世帯の収入等の調査及び確認を行うこと。 ・事業の実施にあたり、本申込書の内容やその他利用者の情報を、市と委託機関や関係機関で共有し、必要時市による訪問を行うこと。				
派 遣 希 望	事業者名					
	サービスの内容 ※該当する区分に ✓印を記入	家事に関する こと	☐ 調理 ☐ 衣類の洗濯、補修 ☐ 居室等の掃除、整理整頓 ☐ 生活必需品の買物 ☐ その他()	育児に関する こと	☐ 授乳の手伝い ☐ オムツ交換の手伝い ☐ 沐浴の手伝い ☐ きょうだいの世話(送迎を除く) ☐ その他()	
備 考						

※太枠内をご記入ください。

【市処理欄】

費用負担区分	1 市民税課税世帯(1500円／回) ・ 2 市民税非課税世帯(免除) ・ 3 生活保護世帯(免除)
--------	--

(注) 次のいずれかに該当する場合には、原則としてヘルパーを派遣しません。

(1) 本人又は同居する家族が感染症を有すると認められるとき。

(2) 氷見市が実施する養育支援訪問事業等によって、家事又は育児の支援を行うヘルパーの派遣を受けることが決定したとき。

(注2) 申込の事項に変更が生じたとき又は利用を廃止する必要があるときは、速やかに市に連絡してください。

(注3) 申請年の1月1日以降に転入された方は、所得証明書または非課税証明書の提出が必要です。