

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

氷見市産後ヘルパー事業(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、産後ヘルパー派遣を申し込みます。この申込にあたり、住所や出生日等を確認されることや、サービス提供に関して他の機関と連携したり、訪問されることについて同意します。

| | | | | | |
|--------|---------|--|----------|--|------------|
| 利用者の状況 | 氏名 | | | | 年 月 日生(歳) |
| | 住所 | 氷見市 (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) () - (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 <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) | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|------|--------------------------|--|---|--|--|
| 派遣希望 | 事業者名 | クラデュース株式会社 | | | |
| | サービスの内容 ※該当する区分にV印を記入 | 家事に関すること <input type="checkbox"/> 調理 <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"/> 生活必需品の買物 <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"/> オムツ交換の手伝い <input type="checkbox"/> 沐浴の手伝い <input type="checkbox"/> きょうだいの世話(送迎を除く) <input type="checkbox"/> その他() | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 備考 | 同意書 | | | | |
| | 氷見市産後ケア事業利用にあたり、本申請書の内容やその他利用者の情報を、市と委託機関が情報を共有することに同意します。また、産後ケア事業利用申請書の審査にあたり、世帯の費用負担区分を確認することに同意します。 申請者氏名 | | | | |

【市処理欄】

※太枠内をご記入ください。

| | | | |
|---------|--|-------|-------|
| 申請受付年月日 | 年 月 日 | 決定年月日 | 年 月 日 |
| 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生じたときは、速やかに氷見市子育て世代包括支援センターに連絡してください。(電話番号 74-8413)