

様式第1 (第5条関係)

産後ヘルパー派遣利用申請書

年 月 日

(あて先) 北名古屋市長

申請者 住所
氏名
電話番号

次のとおり産後ヘルパーの派遣を申請します。

利用者	住所	北名古屋市		電話番号	
	氏名			生年月日	年 月 日
出産日又は 出産予定日		年 月 日	多胎 人 (多胎の場合のみ記入してください)	事前調査が 可能な日時	年 月 日 AM・PM 時頃～
派遣を受け ようとする 理由					
派遣を受け ようとする 期間、日数及 び期間	期間	年 月 日から 年 月 日まで			
	日数	日 (産後16週以内の方は30時間以内、多胎の方は産後1年で50時間以内)			
	時間	時 分から 時 分まで (4時間以内)			
必要とする サービスの 内容	家事に関すること <input 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 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			電話番号	
	住所			利用者との 続柄	
同居の家族	氏 名	利用者との 続柄	生年月日	性 別	勤務先、学校等の名称
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

産後ヘルパーの派遣可否の審査のため、職員が世帯員の課税台帳を閲覧することを承諾します。

氏名 _____

ここから下は、記入しないでください。

世帯区分	<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
------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------