

鏡石町産後産後あんしんヘルパー派遣事業利用申請書

鏡石町長 様

申請者 住所 鏡石町

氏名



連絡先(電話)

次のとおり、産前産後あんしんヘルパー派遣事業を利用したいので、申請します。

利用者	氏名	(ふりがな)	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	住所	鏡石町		電話番号	
	出産日 (予定日)	年 月 日	母子手帳番号		
世帯 構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考
利用を 希望する 理由	身体の状況	妊娠中 異常なし あり () 出産後 異常なし あり ()			
	家族の状況	核家族である 核家族以外は、次の理由による。 (理由)			
留意 事項	① 通院： なし ・ あり (病名：) 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 ()				
希望する期間等	希望期間 年 月 日から 年 月 日まで (日間) 希望する曜日 月 火 水 木 金 曜日				
希望するサービスの内容 ※買い物等のために要した交通費等は利用者の実費負担になります。	家事 援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他 ()	育児 援助	<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 ()	
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所に支払うことに同意します。また、利用日の前日まで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					

申請受付 年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
-------------	-------	-------	-------	----------