

受付番号	
------	--

産前産後ヘルパー派遣事業 利用申込書

令和 年 月 日

(宛先)
富山市長

申込者氏名

下記のとおり、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			生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	
	住所	〒 富山市 (電話) () - (アパート等の場合は方書、号数まで記入) (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	氏名 (電話 () -)				
	出産(予定)日	令和 年 月 日 (予定)				
	母子健康手帳	交付年月日	令和 年 月 日	番号	(8桁)	
	身体状況	・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(年齢)		備考	
	(生計中心者)		. . (歳)			
			. . (歳)			
			. . (歳)			
			. . (歳)			
派遣希望	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						

(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) (市町村名)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、速やかに富山市子ども家庭部子ども健康課に連絡してください。(電話番号 076-443-2248)