

市原市出産前後家事等サポート事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 市原市長

下記のとおり市原市出産前後家事等サポート事業を利用したいので申請します。

利用者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日		明・大・昭・平	年	月	日 () 歳
	住所 (ヘルパーの派遣を受ける住所)		市原市			
			建物名・部屋番号等			
	住所 (住民票の住所)					
	連絡先	電話番号		(携帯電話など平日、日中の連絡先)		
		FAX		— —		
電子メールアドレス		@				
出産 (予定) 日		年 月 日				
申請者	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ (記入不要) <input type="checkbox"/> 利用者と異なる (以下に記入)					
	フリガナ					
	氏名					
	続柄		利用者から見て _____			
	電話番号		— —			
	住所		建物名・部屋番号等			
対象者の世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
世帯の区分	<input type="checkbox"/> ① 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯・所得税非課税世帯 <input type="checkbox"/> ② その他の世帯 <div style="text-align: right;">※ ①は証明書が必要です。</div>					
申請理由	<input type="checkbox"/> ① 妊娠中又は出産直後で昼間介助者がいないので、家事や育児に困難を来たしている <input type="checkbox"/> ② 多胎のため、家事や育児に困難を来たしている <input type="checkbox"/> ③ その他 ()					
希望するサービスの内容 希望するサービスに☑を付けて下さい。	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ <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"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()	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"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助・相談・助言 ()		
希望事業者	(第一希望) (第二希望)					

※サービスを利用する日時等は裏面にご記入ください。

※1回1時間もしくは2時間1日2回まで利用できます。 *太枠以外は記入不用

	利用日	利用時間	派遣事業者	備考
1	/	: ~ :		
2	/	: ~ :		
3	/	: ~ :		
4	/	: ~ :		
5	/	: ~ :		
6	/	: ~ :		
7	/	: ~ :		
8	/	: ~ :		
9	/	: ~ :		
10	/	: ~ :		
11	/	: ~ :		
12	/	: ~ :		
13	/	: ~ :		
14	/	: ~ :		
15	/	: ~ :		
16	/	: ~ :		
17	/	: ~ :		
18	/	: ~ :		
19	/	: ~ :		
20	/	: ~ :		

(備 考)