

当麻町産前産後支援ヘルパー派遣事業利用申請書

年 月 日

（宛先）当麻町長

次のとおり、当麻町産前産後支援ヘルパー派遣事業の利用を申請します。

(ふりがな) 申請者氏名			生年月日	年 月 日	
	〒 (電話番号)				
住所					
出産予定日 又は出産日	年 月 日				
世帯構成	氏名	性別	続柄	生年月日	勤務先・学校等
		男・女		. .	
		男・女		. .	
		男・女		. .	
		男・女		. .	
		男・女		. .	
希望する期間 回数・時間帯	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	回 数	週 回/合計	回	希望する曜日：	
	時間帯	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分			
希望する サービス （ 該当するもの に印を付けて ください。 ）	家事に関すること <input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助（ ）				
	育児に関すること <input type="checkbox"/> 授乳の手伝い <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（ ）				
利用者負担額の 免除区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯				

個人情報の提供等に関する同意書

本事業の利用にあたり、当麻町が事業者に対し必要な個人情報を提供すること及び事業者が当麻町に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

申請者氏名 _____