

受付番号

魚津市産前産後ヘルパー派遣事業利用申込書

年 月 日

魚津市長 宛

申込者氏名

下記のとおり、産前産後ヘルパー派遣を申し込みます。この申込みに当たり、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					昭・平 年 月 日生（歳）
	住所	(アパート等の場合は方書、号数まで記入) (電話) () - () (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することがあります。				
	緊急連絡先	(電話 () - ())				
	出産(予定)日	年 月 日 (予定)	母子健康手帳番号			
	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	職業・学校	備考	
	(生計中心者)					
派遣希望	事業者名					
	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						

(備考)

- 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。
 - 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。
 - 魚津市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。
- 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生じたときは、速やかに魚津市子ども課に連絡してください。(電話番号 0765-23-1006)