

受付番号	
------	--

産後ヘルパー派遣事業利用申込書

年 月 日

(宛先)
朝日町長

申込者氏名 印

下記のとおり、産後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					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が行くことがあります。				
	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			
	身体の状況	・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						

(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) 朝日町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生じたときは、速やかに朝日町保健センターに連絡してください。(電話番号 83-3309)