

第1号様式

受付番号

産前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、産前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

(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

(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 ☐ 異常なし ☐ あり()
・出産後 ☐ 異常なし ☐ 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

家事に関すること

☐調理
☐衣類の洗濯、補修
☐居室等の掃除、整理整頓
☐生活必需品の買物
☐その他()

育児に関すること

☐授乳の手伝い
☐オムツ交換の手伝い
☐沐浴の手伝い
☐きょうだいの世話(送迎を除く)
☐その他()

※該当する区分にV印を記入

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)