

受付番号	
------	--

砺波市産前・産後ヘルパー派遣事業利用申込書	
(宛先) 砺波市長	年 月 日
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	砺波市 (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 (妊娠届出日)	(年 月 日)	
		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 ※該当する区分に V印を記入	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	☐ 授乳の補助 ☐ オムツ交換の補助 ☐ 沐浴の補助 ☐ 同居する乳幼児及び小学校に就学中 の児童の世話(送迎は除く) ☐ その他()

備 考	
-----	--

※受付年月日	年 月 日	※決定年月日	年 月 日
※ 負担区分	生活保護世帯(免除) ・ 市民税非課税世帯(免除) ・ その他の世帯		

※印欄は、市で記入します。

(注) 本人又は同居する家族が感染症等を有すると認められるときには、原則としてヘルパーを派遣しません。
(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、速やかに砺波市健康センターに連絡してください。