

川崎市産前・産後家庭支援ヘルパー派遣事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 様

次のとおり、川崎市産前・産後家庭支援ヘルパー派遣事業の利用を申請いたします。
 また、申請につき川崎市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することを同意します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)				
	住所	川崎市 区	電話番号 _____ 緊急連絡先 _____ (続柄:) FAX番号 _____					
	出産予定日	年 月 日	母子健康手帳番号					
	出 産 日	年 月 日						
	*育児又は家事を行うことが困難な理由にチェックを付けてください。 その他を選択した場合は具体的に記入してください。 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> その他 ()							
また、下記に該当する場合はチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 早産 (妊娠37週未満での出産) <input type="checkbox"/> 現在、多胎児を妊娠中又は多胎児を出産 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属している								
世帯構成 (申請者含まず)	氏名	申請者との続柄	生年月日	備考				
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
希望するサービスにチェックを付けてください。 ※買い物等のために要した交通費等は、利用者負担額とは別に実費負担が必要となります。	育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳			家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ		
		<input type="checkbox"/> おむつ交換				<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修		
		<input type="checkbox"/> 沐浴介助				<input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓		
		<input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備				<input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物		
		<input type="checkbox"/> 保育園等への送迎				<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡		
		<input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ()				<input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()		