第９号様式

受付No.

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。  疲労　睡眠不足　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。  早産（妊娠３７週未満での出産）　現在、多胎児を妊娠中又は多胎児を出産  市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属している | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （申請者含まず）  世　帯　構　成 | | 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 | 授乳 | | | | | | | | 家　事　援　助 | | 食事の準備及び後かたづけ | | |
| おむつ交換 | | | | | | | | 衣類の洗濯及び補修 | | |
| 沐浴介助 | | | | | | | | 居室等の清掃及び整理整頓 | | |
| 適切な育児環境の整備 | | | | | | | | 生活必需品の買い物 | | |
| 保育園等への送迎 | | | | | | | | 関係機関との連絡 | | |
| その他必要な育児援助  （　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | その他必要な家事援助  （　　　　　　　　　　　　） | | |
| 事業者記入欄 | | | 利用料区分 | | | |  | | １回当たりの利用者負担額 | | | | | | | | 円 | |