

郡山市産後ヘルパー派遣申請書

年 月 日

郡 山 市 長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

次のとおり産後ヘルパーの派遣を申請します。

利 用 者	ふり 氏 が な 名			生年月日	年 月 日生（ 歳）	
	住 所			電話番号		
	出産日	年 月 日	母子健康手帳番号			
世 帯 構 成	ふり 氏 が な 名	続柄	生年月日	職 業	備 考	
			年 月 日生			
			年 月 日生			
			年 月 日生			
緊 急 連 絡 先	氏名			電話番号		
	住所			利用者との続柄		
必要とするサービスの内容	家 事 援 助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 居室等の清掃、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡 <input type="checkbox"/> その他（ ）		育 児 援 助	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
郡山市が利用者負担額の決定に必要な市民税及び世帯情報等を閲覧することに同意します。  申請者氏名						
区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯					

第1号様式の2（第10条関係）

郡山市産後ヘルパー派遣利用申請書（利用日程）兼派遣利用確認書

利用者名 \_\_\_\_\_

※利用決定番号 \_\_\_\_\_

利 用 日 程 (1回2時間1日2回まで利用できます。)			※ 事 業 者 記 入 欄			利用者 確認欄
回	希 望 利用日	希望利用時間	実施日	実施時間	派遣者氏名	
1	/	: ~ :	/	: ~ :		
2	/	: ~ :	/	: ~ :		
3	/	: ~ :	/	: ~ :		
4	/	: ~ :	/	: ~ :		
5	/	: ~ :	/	: ~ :		
6	/	: ~ :	/	: ~ :		
7	/	: ~ :	/	: ~ :		
8	/	: ~ :	/	: ~ :		
9	/	: ~ :	/	: ~ :		
10	/	: ~ :	/	: ~ :		

※ 利用できる期間は、出産日から1年以内となります。