

西条市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

産前産後ヘルパー派遣事業利用申請書

次のとおり事業を利用したいので、西条市産前産後ヘルパー派遣事業実施要綱第7条の規定により申請します。

利用者	ふりがな		生年	年 月 日
	氏 名		月日	(歳)
	住 所		電話 番号	
出産日	年 月 日	出産予定日	年 月 日	
世帯の状況	氏 名	続 柄	生年月日	勤務先・学校の名称
申請理由	① () 妊娠している（母子健康手帳の交付を受けている。）。 ② () 産後12か月以内である。 ③ () やむを得ない事由があると市長が認めるとき。			
利用希望の事業内容	家事に関するもの	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()	育児に関するもの	<input type="checkbox"/> 授乳の準備 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 病院受診や健診等の同行 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ()
	利用期間	年 月 日から	年 月 日まで	
同意欄				
(1) 市と事業者との間で、必要に応じて個人情報共有すること。 (2) 事業の利用日等は、事業者と直接調整すること。 上記の事項に同意します。 (宛先) 西条市長 殿 年 月 日 申請者 氏名 _____				