

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		
	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	育児に関するもの	<input type="checkbox"/> 授乳	
		<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯		<input type="checkbox"/> おむつ交換	
<input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓		<input type="checkbox"/> 沐浴介助			
<input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物		<input type="checkbox"/> 病院受診や健診等の同行			
<input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ( )		<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) 保健センターとの間で、必要に応じて情報を共有すること。 (3) 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。 西条市長 殿 年 月 日 申請者 氏名 _____					