

横手市長 高橋 大 様

申請者 住 所 〒
横手市

氏 名

横手市産前・産後ヘルパー利用申請書

(横手市産前・産後ファミリー応援事業)

横手市産前・産後ファミリー応援事業実施要綱第7条の規定に基づき、産前・産後ヘルパーの利用を申請します。また、この申請書に記載のある情報を事業者へ情報提供すること、及び事業者が横手市に利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 妊娠期※	<input type="checkbox"/> 1歳未満	<input type="checkbox"/> 2歳未満
------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

※妊娠期の利用申請の場合、母子健康手帳の表紙（写し）を添付

利用者情報	1歳未満のお子さん	1歳未満のお子さん	2歳未満のお子さん	2歳未満のお子さん
氏 名				
生年月日	R . .	R . .	R . .	R . .
利用目的	<input type="checkbox"/> 家事をしてほしいため <input type="checkbox"/> 身体的・精神的に辛いため <input type="checkbox"/> 協力者がいないため <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの世話を1人で行うのが不安なため <input type="checkbox"/> その他（ ）			
希望する支援	<input type="checkbox"/> 食事の準備・片づけ <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除・整理整頓 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 授乳の補助 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんのおむつ替えの補助 <input type="checkbox"/> 沐浴の補助 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
利用時期	記入例：生後6ヵ月頃		利用回数	記入例：週1回で3ヵ月程度
日程調整連絡先	相手	父 ・ 母	電話番号	
			日中連絡がつく時間帯	記入例：午前9時～11時
上記以外の緊急連絡先（任意）	記入例：000-0000-0000（父）		祖父母等との同居（いずれかに○）	あり ・ なし
初回利用希望ヘルパー事業者	※別紙から選択してください			
配慮必要事項等				

横手市使用欄

処理状況	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 事業所調整 <input type="checkbox"/> 認定処理	受付日	
------	--	-----	--