

射水市産前産後家事サポート事業（利用・変更）申込書

年 月 日

射水市長 あて

申込者氏名

下記のとおり、射水市産前産後家事サポート事業を申込みます。この申込にあたり、同意欄に記載の事項について同意します。

利用者の状況	氏名					昭・平 年 月 日生(歳)
	住所	射水市 (アパート等の場合は方書、号数まで記入) (電話) () - (日中連絡のとれる電話番号・携帯等) () - (メールアドレス) ※連絡がとれない場合、派遣事業者からメールで連絡が行くことがあります。				
	出生日	年 月 日	予定日	年 月 日	児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	母子手帳番号					
	身体の状況	・妊娠中 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり() ・出産後 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり()				
世帯の状況 (省略可)	氏名	続柄	生年月日	職業・学校	備考	
	(生計中心者)					
同意欄	・審査に必要な範囲で世帯状況等について調査し、及び公簿等を閲覧すること。 ・世帯の収入等の調査及び確認を行うこと。 ・必要な範囲で、関係機関による訪問を行うこと。 ・事業の実施にあたり必要な情報を各関係機関と共有すること。					
派遣希望	事業者名					
	サービスの内容 ※該当する区分にV印を記入	家事に関すること	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> その他()	育児に関すること	<input type="checkbox"/> 授乳の手伝い <input type="checkbox"/> オムツ交換の手伝い <input type="checkbox"/> 沐浴の手伝い <input type="checkbox"/> きょうだいの世話(送迎を除く) <input type="checkbox"/> その他()	
備考(市記入欄)	<input type="checkbox"/> 利用券(10枚) , <input type="checkbox"/> 利用券(15枚)					

(注) 本人又は同居する家族が感染症を有すると認められた場合は、原則としてヘルパーを派遣しません。
 (注2) 申込の事項に変更が生じたとき又は利用を廃止する必要があるときは、速やかに下記までご連絡下さい。
 射水市こども福祉課(電話番号 51-6671)又は、射水市保健センター(電話番号 52-7070)
 (注3) 申請年の1月1日以降に転入された方は、所得証明書又は非課税証明書の提出が必要です。