

三沢市産前・産後ヘルパー派遣事業利用申請書

三沢市長 様

申請者 氏名

私は、下記のとおり三沢市産前・産後ヘルパー派遣事業の利用を申請します。

利用者	住所		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
出産予定日 又は出産日	令和 年 月 日		利用する 時期	産前 (いつ頃:) から 産後 (いつ頃:) から
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 妊娠中で体調不良があるが、家事を援助してくれる同居家族等がない <input type="checkbox"/> 多胎の妊娠・出産であるが、家事を援助してくれる同居家族等がない <input type="checkbox"/> 産後の家事を援助してくれる同居家族等がない <input type="checkbox"/> 家事と育児の両立に不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用するサービス	家事に関すること <input type="checkbox"/> 簡単な食事の準備や後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室の掃除・整理整頓 <input type="checkbox"/> 食材や生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 健診等の付き添い <input type="checkbox"/> その他必要な家事		育児に関すること (補助的なものとする) <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> その他必要な育児	
家族の状況 ※妊産婦以外の 同居家族の状況	氏名	続柄	生年月日(年齢)	勤務先、学校等の名称
緊急連絡先	氏名		住所	TEL
同意欄	事業を利用するにあたり、課税情報及び生活保護受給状況について調査することに同意します。また、申請にあたり市が保有する利用者に関する情報を利用事業所に提供するとともに、実施後三沢市が利用事業者から必要な報告を受けることに同意します。			
	氏名			

※ここから下は記入しないでください。

世帯課税状況 (※該当項目に○)	() 課税世帯	() 非課税世帯	() 生活保護世帯
---------------------	----------	-----------	------------

申請受付年月日		決定年月日		承認・不承認	受付者印
令和 年 月 日		令和 年 月 日			
決裁	課長	課長補佐	係長	係員	