

様式第1号（第8条関係）

太子町産前産後支援ヘルパー派遣申請書

太子町長様 年 月 日

申請書 氏名 ⑩

住所

電話番号

利用者との続柄

次のとおり、太子町産前産後支援ヘルパー派遣を申請します。

| | | | | |
|-------------------------|--|--------------|------|------|
| 利用者 | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | | 電話番号 | |
| | 住所 | | | |
| 出産日又は 出産予定日 | 年 月 日 (単胎・多胎) | ふりがな 子の名前 | | |
| 派遣希望期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 派遣希望曜日 | 月 火 水 木 金 | | | |
| 派遣希望時間 | 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分まで | | | |
| 希望する支援内容に ☑をつけてください。 | ◎育児に関すること。 ◎家事に関する援助 <input type="checkbox"/> 授乳の準備及び片付け <input type="checkbox"/> 食事の準備及び片付け <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 育児環境の整備 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物（町内） <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 () () | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | 続柄 | 電話番号 |

産前産後ヘルパーの派遣決定に際して必要があるときは、世帯全体の住民登録の状況及び課税状況の調査並びに必要な書類の提出に同意します。

氏名 ⑩

受付印

※太子町記入欄

区分：住民税課税世帯 生活保護・住民税非課税世帯

備考：