

(第5条関係)

東広島市産前・産後サポート事業利用申請書

【産前・産後ママヘルパー派遣事業】

年 月 日

東広島市長 様

産前・産後ママヘルパーの派遣を受けたいので、東広島市産前・産後サポート事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、派遣決定に当たり、必要な税情報・生活保護情報等を利用することに同意し、世帯状況等について、委託事業者へ情報を提供することを承諾します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒	電話番号	() - () -
妊産婦	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	年 月 日 (歳)
出産日 (出産予定日)		(年 月 日)	母子健康手帳番号	
			多胎の有	あり () 人・なし
利用希望期間	産前	年 月 日 ~ 年 月 日 出産日まで		
	産後	年 月 日 ~ 年 月 日 出産日の翌日から6月以内 (多胎の場合は1年以内)		
希望する支援	<input type="checkbox"/> 妊娠、出産、育児期の生活についての相談 <input type="checkbox"/> 家事に関すること (<input type="checkbox"/> 食事の準備・後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室の掃除と整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助) <input type="checkbox"/> 育児に関すること (<input type="checkbox"/> 授乳介助 <input type="checkbox"/> おむつ・衣類交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 兄弟児の世話 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助) <input type="checkbox"/> 出産準備に関すること <input type="checkbox"/> その他の支援 ()			
同居の家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先、学校等の名称
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	() -
ヘルパーが利用可能な駐車場	あり (自宅前・) ・なし (近くの駐車場/有・無)			

※東広島市記入欄

受付日	年 月 日 受付番号：産前 、産後	区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護・市民税非課税世帯
決定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 産前15回 <input type="checkbox"/> 産後15回、 <input type="checkbox"/> 産後30回	<input type="checkbox"/> 不承認	備考