

育児支援ヘルパー派遣申請書

年 月 日

田原本町長 殿

次のとおり育児支援ヘルパーの派遣を申請します。

申請者(母親)	住所				電話番号			
	氏名				生年月日	年	月	日
出産日又は出産予定日	年 月 日 多胎 人(多胎の場合のみ記入してください。)		妊娠週数 妊娠 () 週 申請日現在					
派遣を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 家事・育児等を主に担う者の体調不良や疾病 <input type="checkbox"/> 家族や親族等からの支援を得られない <input type="checkbox"/> 多胎児を育児 <input type="checkbox"/> 妊娠の届出を行った日から出産日までの間で、体調不良等のため、家事又は就学前の兄姉児の養育に支障がある <input type="checkbox"/> その他()							
派遣を受けようとする期間・時間等	期間	年 月 日から			年 月 日まで			
	日数・曜日	(上限：週2日)						
	時間	時 分から		時 分まで (2時間以内)				
必要とするサービスの内容	育児に関すること <input type="checkbox"/> 授乳支援 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> もく浴介助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> 就学前の兄姉児の世話 <input type="checkbox"/> 子ども連れで行う買い物、散歩、健診等の付添い <input type="checkbox"/> その他必要な育児()				家事に関すること <input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事支援()			
緊急連絡先	氏名				電話番号			
	住所				続柄			
同居の家族	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先、学校等の名称			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 (均等割) <input type="checkbox"/> 左記以外の世帯							
情報提供に関する同意書 育児支援ヘルパー派遣申請書に記載のある情報をヘルパー派遣事業者へ情報提供すること、また利用者の健康状態についてヘルパー派遣事業者から町に情報提供することに同意します。								
年 月 日 申請者氏名 _____ 印 _____								

* (町記入欄)

エジンバラ質問票 点 赤ちゃんの気持ち質問票 点

不眠 有・無 食欲 有・無

子どもの養育に支障がある現状及び派遣による支援が必要と認められる理由

診療情報提供書又は診断書の内容等