

子育て世帯訪問支援事業申請書

年 月 日

田原本町長 殿

次のとおり訪問支援員の派遣を申請します。

申請者(保護者)	住所				電話番号		
	氏名				生年月日	年	月 日
派遣を受けようとする理由	家族や親族等からの支援を得られないうえ、次の理由があります。 <input type="checkbox"/> 家事・育児等を主に担う者の体調不良や疾病等により育児や家事を行うことが困難である <input type="checkbox"/> ヤングケアラー等のいる家庭 <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"/> 就学前の兄弟姉妹の世話 <input type="checkbox"/> 子ども連れで行う買物、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 子育て世帯訪問支援事業申請書に記載のある情報を訪問支援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訪問支援事業者から町に情報提供することに同意します。 また、ヤングケアラー等の家庭については、生活保護世帯又は市町村民税非課税世帯に当たるか否か町が確認することに同意します。 <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者氏名 印</p>							

* (町記入欄)

妊娠中の方の利用時は、診療情報提供書又は診断書等

家事・育児等を主に担う者の体調不良や疾病等により育児や家事を行うことが困難である理由
()

ヤングケアラー等の家庭 (必要時「ヤングケアラー」の早期発見のためのアセスメントシート利用)

ケアプラン作成 (育児・ヤングケアラー等)