

様式第 1 号(第 6 条関係)

市川市産後家庭訪問支援ヘルパー派遣事業利用申込書

年 月 日

市 川 市 長

申込者 住所
氏名

以下のとおり、訪問支援の利用を申込みます。

なお、市が訪問支援の利用を審査するため、同居世帯員の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

利 用 者	住 所	〒 ー					
	(ふりがな)						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
	電話番号	(自宅)	ー	ー			
		(携帯)	ー	ー			
出産日または 出産予定日		(出産日 ・ 出産予定日) 年 月 日					
利用予定期間		出産日から 9 0 日間 ・ 出産日から 1 年間					
支援内容		育児に関する支援 ☐ 授乳 ☐ おむつの交換 ☐ 入浴の介助 ☐ 当該新生児の兄及び姉の世話 ☐ その他 ()			家事に関する支援 ☐ 食事の準備及び片付け ☐ 衣類等の洗濯 ☐ 居室等の清掃 ☐ 生活必需品の購入 ☐ その他 ()		
緊 急 連 絡 先	住 所				利用者との続柄		
	氏 名				電話番号	ー ー	
同居世帯の 状況		氏名	続柄	勤務先・学校等の名称	健康状態	備考	

《 添付書類 》

- ☐ 母子健康手帳の写し
- ☐ 出産後 9 0 日以内（多胎に係る出産の場合にあっては、1 年以内）にある母親であることを証する書類
- ☐ 生活保護法による被保護世帯（単給世帯を含む。）であることを証する書類
- ☐ 本書を提出した日の属する年度（その日の属する月が 4 月から 6 月までの場合にあっては、前年度）分の市町村民税（特別区民税を含む。）が非課税である世帯であることを証する書類