

様式第1号(第6条関係)

市川市子育て世帯訪問支援事業（産後ヘルパー）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90日間 ・ 出産日から1年間				
支 援 内 容	家事育児支援			専門的育児支援	
	家事に関する支援 <input type="checkbox"/> 食事の準備及び片付け <input type="checkbox"/> 衣類等の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室等の清掃 <input type="checkbox"/> 生活必需品の購入 <input type="checkbox"/> その他 ( )	育児に関する支援 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつの交換 <input type="checkbox"/> 入浴の介助 <input type="checkbox"/> 当該新生児の兄及び姉の世話 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 沐浴 + 左記の 家事育児支援	
利用時間 コース					
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
備 考					