

様式第 1 号(第 6 条関係)

市川市子育て世帯訪問支援事業（いちふぁみヘルプ）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	〒 —				
	(ふりがな)					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日				
	電話番号	(自宅) — — (携帯) — —				
母子手帳交付 または出産 (予定) 日		(母 子 健 康 手 帳 交 付 日) 年 月 日 (出 産 日 ・ 出 産 予 定 日) 年 月 日				
利用予定期間		出生後 90 日目まで ・ 生後 1 年まで				
希 望 す る 支 援 内 容		家事育児支援 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 () 育児に関する支援 ☐ 授乳 ☐ おむつの交換 ☐ 入浴の介助 ☐ 赤ちゃんの兄姉の世話 ☐ その他 ()				
		専門的育児支援 ☐ 沐浴の実施・指導 ☐ 産前産後の生活への助言 ☐ 育児に関する相談				
緊 急 連 絡 先	住 所			利用者との 続柄		
	氏 名			電話番号	— —	
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						