

郡山市産後ヘルパー派遣申請書

平成 年 月 日

郡 山 市 長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

次のとおり産後ヘルパーの派遣を申請します。

利用者	氏名			生年月日	年 月 日生（ 歳）	
	住所			電話番号		
	出産日	平成 年 月 日	母子健康手帳番号			
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
			年 月 日生			
			年 月 日生			
			年 月 日生			
緊急連絡先	氏名			電話番号		
	住所			利用者との続柄		
必要とするサービスの内容	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 居室等の清掃、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡 <input type="checkbox"/> その他 （ ）		育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他 （ ）	

上記の申請について、承諾（不承諾）してよろしいか伺います。

不承諾の理由								
決裁権者	課長	課長補佐	係長	係員	審査	公印	起案日	平成 年 月 日
							決裁日	平成 年 月 日
							施行日	平成 年 月 日

※利用決定番号 \_\_\_\_\_

郡山市産後ヘルパー派遣利用申請書（利用日程）兼派遣利用確認書

利用者名 \_\_\_\_\_

※利用決定番号 \_\_\_\_\_

利 用 日 程 (1回2時間1日2回まで利用できます。)			※事業者記入欄 (1回あたりの利用料 800円)		利用者 確認印
回	希望 利用日	希望利用時間	実施時間	派遣者氏名	
1	/	: ~ :	: ~ :		
2	/	: ~ :	: ~ :		
3	/	: ~ :	: ~ :		
4	/	: ~ :	: ~ :		
5	/	: ~ :	: ~ :		
6	/	: ~ :	: ~ :		
7	/	: ~ :	: ~ :		
8	/	: ~ :	: ~ :		
9	/	: ~ :	: ~ :		
10	/	: ~ :	: ~ :		

※ 利用できる期間は、出産日から6か月以内となります。