

様式第1（第11条関係）

産前・産後サポーター派遣事業利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者氏名

下記のとおり産前・産後サポーター派遣事業の利用申請をします。この申請にあたり、審査に必要な市町村民税に関する課税資料等を確認されることや、サービス提供のために他の機関へ連絡をしたり、訪問されることについて同意します。

申請者の状況	住所	[〒480ー ] (アパート等の場合は方書、号数まで記入) 長久手市			
	氏名・生年月日	ふりがな S・H 年 月 日生			
	連絡先 (電話番号等)	固定 0561 ( ) FAX 0561 ( ) 日中連絡のとれる番号 携帯 ( ) 緊急連絡先 ① ( 続柄: ) ② ( 続柄: )			
	出産(予定)日	年 月 日 現在 妊娠 週・産後 か月			
	派遣利用希望 (申請時点)	産前 <input type="checkbox"/> 妊娠____週ごろ <input type="checkbox"/> 未定 産後 <input type="checkbox"/> 0~5 か月 <input type="checkbox"/> 6~11 か月 <input type="checkbox"/> 1年~			
	親子(母子)健康手帳交付日と番号等	年 月 日 <input type="checkbox"/> 長久手市交付 <input type="checkbox"/> 長久手市以外交付 番号: _____ (多胎の場合は全手帳の番号)			
	特記事項	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (双子や三つ子など)			
	里帰りの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (期間: 産前 か月 産後 か月 )			
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業 (学校・学年等)	備考
	(生計中心者)				
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 <input type="checkbox"/> その他				

裏面も忘れずにご記入ください。

派遣を希望する理由	<input type="checkbox"/> 妊娠中又は出産後で昼間介助者がいないので、家事や育児が困難である。 <input type="checkbox"/> 多胎を出産し、昼間介助者がいないので、家事や育児及び外出が困難である。		
派遣希望	期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	日時等	週 日 (1日1回) 時間 : ~ :	
	事業所名	(第1希望)	(第2希望)
	サービスの内容	<input type="checkbox"/> 家事に関すること (調理・洗濯・掃除・買物) <input type="checkbox"/> 育児に関すること (授乳介助・沐浴介助・オムツ交換) <input type="checkbox"/> 外出の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	備考		
<p>申込みに際しての注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 1回の利用は1日1回、2時間までです。派遣時間の単位は60分、90分、120分です。多胎育児家庭で外出の付き添いの場合、4時間まで利用できます。</li> <li>2 市内であっても里帰り先には派遣できません。保護者の留守宅には派遣できません。</li> <li>3 家事・育児・外出 (多胎育児家庭の場合) 援助以外の業務依頼は受けられません。</li> <li>4 サポーター派遣には、申請後2週間程度かかります。申請書の写しを事業所にお送りさせていただきますので、あなたの申請が事業所に登録されましたら、事業所から電話で連絡があります。直接事業所と派遣希望日時を調整してください。</li> <li>5 利用料は、サポーター又は事業所に直接お支払いください。</li> </ol> <p>※利用申請書の情報は、長久手市産前・産後サポーター派遣事業以外の目的には使用しません。</p>			