

上越市産前・産後等ヘルパー派遣申請書

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

〒

住 所

申請者 氏 名

電話番号

（署名の場合は押印不要）

次のとおり上越市産前・産後等ヘルパーの派遣を申請します。

利用者	住所	上越市		電話番号	
	氏名			生年月日	年 月 日
出産日又は 出産予定日	年 月 日	多胎 人（多胎の場合のみ記入してください。）		事前調整が 可能な日時	年 月 日 午前・午後 時頃から
派遣を受けようとする理由					
派遣を受けようとする期間、回数及び時間	期間	<input type="checkbox"/> 妊娠中のみ希望 <input type="checkbox"/> 産後のみ希望 <input type="checkbox"/> 妊娠中及び産後を希望 年 月 日から 年 月 日まで			
	回数	週	回		
	時間	時 分 から		時 分 まで	
必要とするサービスの内容	家事に関すること。 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 住居等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> 関係機関等との連絡 <input type="checkbox"/> その他（ ）			育児に関すること。 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
緊急連絡先	氏 名			電 話 番 号	
	住 所			利用者との続柄	
同居している人	氏 名	利用者との続柄	生年月日	勤務先、学校等の名称	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

産前・産後等ヘルパーの派遣に関する審査のため、こども家庭センターの職員が利用者及びその配偶者の市民税の課税状況を確認することを承諾します。

氏名 _____
（署名の場合は押印不要）

産前・産後等ヘルパーの派遣の利用期間を決定するため、こども家庭センターの職員が妊婦の子の出産日を確認することを承諾します。

氏名 _____
（署名の場合は押印不要）

※ここから下は、記入しないでください。

区 分	妊 婦	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	夫	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯

