

令和6年4月1日

育児支援ヘルパー派遣利用申請書

狛江市長 宛て

和暦で記入してください

保護者 住所 〒201-0013

狛江市 元和泉1-11-11

氏名 狛江 花子

電話 03 (5438) 6605

狛江市育児支援ヘルパー派遣事業実施要綱第9条の規定により、育児支援ヘルパー派遣の利用を申請いたします。

生年月日（出産予定日）は和暦で記入してください

該当家庭 (記入不要)	産前家庭		必要支援家庭	
家族の状況	フリガナ 氏名	続柄	性別	生年月日（又は予定日）
	狛江 太郎	夫	男	昭和62年9月3日
	花子	本人	女	平成2年1月5日
	一太郎	子	男	平成30年2月18日
		子		令和6年6月20日(予定日)
申請理由	「産後の手伝いがないため」など ご記入ください			
産後	出産予定日 6/20 の1月前			
希望日	産後	入院(予定)日 6/20 から1年以内	希望時間帯	: ~ :
	その他該当する日		希望時間帯	: ~ :
緊急時の連絡先	保護者の氏名又は勤務先名	緊急時の対応が可能な方のご連絡先をご記入ください		
	住所			
	電話番号			
希望する業務内容	(該当する項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 育児に関する事。 <input type="checkbox"/> 家事に関する事。 <input type="checkbox"/> 助言及び相談			
利用負担金 (1時間当たり)	(該当する項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 1,000円 <input type="checkbox"/> 500円(住民税非課税世帯) <input type="checkbox"/> 無料(生活保護世帯, その他)			

出産予定日をご記入ください

緊急時の対応が可能な方のご連絡先をご記入ください

私は、この申請書記載の情報が委託事業者及びヘルパーに提供されること及び利用負担金の決定にあたり、狛江市が保有する課税資料等を狛江市担当職員が閲覧することに同意します。

来所された方のご署名をお願いします

署名