

(様式第1号)

川西市産後ヘルパー（派遣・派遣変更）申請書

年 月 日

川西市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、川西市産後ヘルパーの（派遣・派遣変更）を申請します。

利用者	住 所				氏 名			
	生年月日				電 話			
緊急連絡先	住所： 氏名： (続柄：) 電話：							
出産・出産予定日	年 月 日			退院・退院予定	年 月 日			
派遣を必要とする理由								
派遣を希望する期間・日数	期間	年 月 日 から			年 月 日まで			
	日数	日						
	時間	時 分から			時 分まで			
希望する支援の内容	家事に関すること				育児に関すること			
	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び簡単な補修 <input type="checkbox"/> 住居の簡易掃除 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他〔 〕				<input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつの交換 <input type="checkbox"/> 他の兄弟の世話 <input type="checkbox"/> その他〔 〕			
利用者の家族	氏 名	続 柄	生 年 月 日	年 齢	職 業			
		本人	年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					

産後ヘルパー派遣の可否及び利用料の審査のため、職員が世帯員の課税台帳を閲覧することを承諾します。

氏名 _____

※1月1日現在、川西市以外にお住まいの場合は、課税状況を確認する必要がありますので、世帯の生計中心者の市民税の課税証明を添付してください。