

川西市産前・産後ヘルパー派遣事業 利用申請書

申請日		R△年 ○月 ○日			
対象者 (妊産婦)	ふりがな 氏 名	かわにし はなこ 川西 花子			
	生年月日	H△△年 ○月 △日生 (○○) 歳			
	住 所	〒 666 - 0012 川西市 中央町12-2			
	利用可能な駐車(輪)場 無・有 (No●に停めてください)				
日中連絡の取れる連絡先		必ず連絡のつく番号を記入ください			
090 - 0000 - 0000		連絡先	電話		
		川西 金太	続柄		
		夫			
妊娠中の方のみ記載		(出産予定日) 年 月 日 母子健康手帳番号:			
世帯構成 (対象者除く)	氏名	続柄	生年月日	職業等	備考(疾患等記載)
	川西 金太	夫	H○.△.□	会社員	
	川西 ちから	長男	R△.○.○	○○幼稚園	
	川西 りんどう	長女	R□.○.△		
	川西 せら	次女	R□.○.△	同居家族がおられる場合、同居家族全員を記入ください	
	ご出産された赤ちゃんの氏名も記入ください。				
世帯区分	☒ 下記以外の世帯				
	☐ 所得税非課税世帯				
	☐ 市民税非課税世帯・生活保護世帯				
申請理由	☒ 体調不良等により家事または育児が困難であり、日中に親族等の協力者がいないため。 ☒ その他 (今回の出産が双子で大変なので、家事を助けてほしい)				
利用希望 日時等	開始希望日 : R○ 年 △月 □日から				
	希望曜日 : □月 □火 □水 □木 □金 ☒ 曜日指定なし				
	希望時間帯 : ()				
	希望利用頻度: □毎週 ☒ 隔週 □月1回程度 □その他 ()				
希望する支援内容に ☒ をつけてください。	家事援助	☒ 食事の準備及び後片付け ※除去が必要な食材 ⇒(全卵)		☐ 授乳の介助	
		☒ 衣類の洗濯及び簡単な補修		☒ おむつ交換	
		☐ 居室等の掃除及び整理整頓		☒ 沐浴の介助	
		☐ 生活必需品の買い物		☐ 兄弟兄の世話	
		☐ その他必要な家事援助 ()		☐ その他必要な育児援助 ()	
		※申請者が日常的に行っている家事に限ります。		※保育園等への送迎や保育はできません。 ※病児保育・病後児保育は対象外です。	

※裏面も記入してください

必ずお読みいただき、「□」にチェックを入れてください。

川西市産前・産後ヘルパー派遣に関する同意書

- ☒ 自己負担額の決定について、世帯に属する市町民税を川西市が閲覧すること
また、上記課税情報が得られない場合は、申請者が課税証明できる書類を提出すること
- ☒ 産前・産後ヘルパー派遣を利用するに当たり、自己負担額を期日内に支払うこと
- ☒ 利用決定後、利用日をやむを得ず変更またはキャンセルする場合は、すみやかに事業所に連絡をすること
また、上記の連絡が決められた期日内に行えなかった場合は、キャンセル料を支払うこと
キャンセル規定（川西市産前・産後ヘルパー派遣要綱第16条の規定）について
- 利用の辞退の申し出がなかった場合 利用料の全額
 - 利用日前日の正午以後の申し出の場合 利用料の半額
- ※キャンセルに伴う、利用回数の増減はありません。
※減免世帯であっても、キャンセル料については支払いが必要です。
※市が定める金額・方法により、指定期日までにお支払いください。
- ☒ 利用にあたって、市と事業者、関係機関が相互に情報提供すること

上記4点すべてにおいて同意し、遵守することを誓約いたします。

R6 年 ○月 ○日

申請者氏名 川西 花子

※記入頂いた内容は、健康・育児相談・その他母子保健および育児支援業務のために川西市で管理いたします。

【川西市 記入欄】 以下は記入しないでください。

利 用 承 認	承認 ・ 不承認
利 用 料	1,500 円／2 時間 ・ 800 円／2 時間 ・ 自己負担なし
利用可能時間／回数	5 0 時間／2 5 回 ・ 1 0 0 時間／5 0 回
派遣事業者	
備 考	