

明石市産前・子育て応援・育児支援ヘルパー派遣申請書兼減免申請書

明石市長 様

年 月 日

明石市子育て世帯訪問支援事業実施要綱第6条の規定により、産前・子育て応援・育児支援ヘルパー派遣について、下記の内容に同意し、以下のとおり申請します。

1. 派遣手数料の決定のため、申請者及び申請者の世帯の課税状況について、市の保有する住民基本台帳及び課税資料を閲覧すること。
2. 当申請書兼減免申請書（減免申請を除く）及びサポートプランに記載のある情報をヘルパー派遣事業者へ情報提供すること。また、必要時、明石こどもセンター、民生児童委員、地区担当保健師等の関係者に情報提供すること。

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---------|----------------|-----------|
| 申請者 (利用者) | フリガナ氏名 | | 住所 | | |
| | | | 〒 | | |
| | 電話番号 | 生年月日 | 勤務先 | | |
| | | | | | |
| | FAX番号 | メールアドレス（※任意） | | | |
| | | | | | |
| | 出産予定日 | 年 月 日 | 妊娠週数 | 妊娠（ ）週 | 申請日現在 |
| (18歳以上) 同居家族 | フリガナ氏名 | 生年月日 | 利用者との続柄 | 勤務先・学校・保育所等の名称 | |
| | | 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日 | | | |
| (子ども) 同居家族 | フリガナ氏名 | 生年月日 | 対象児に○ | 勤務先・学校・保育所等の名称 | |
| | | 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日 | | | |
| 連絡先 緊急 | ※記入者とは異なる連絡先をご記入ください。住所：フリガナ氏名 利用者との続柄（ ） 自宅電話： 携帯電話： | | | | |
| 派遣理由 | <ul style="list-style-type: none"> ● 妊婦・養育者の体調不良（有・無）⇒ 有の場合の病名・症状（ ） ● 家族等の支援状況（ ） 例：父は早朝から夜遅くまで仕事で家事・育児をする時間がなく、すべて母が担う ● その他家族の状況 申請者の父母： 遠方・就労・体調不良・その他（ ） パートナーの父母： 遠方・就労・体調不良・その他（ ） ● 上記のほか、ご家庭のご事情等についてご記入ください。（ ） | | | | |
| 希望のサービス内容 ※希望の日数等に留意してください。 | 期間(1年以内) | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | |
| | 利用希望日数 | 週 | 日(上限3日) | 利用希望時間 | 時間(上限2時間) |
| | 家事に関する援助 | <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 育児に関する援助 | <input type="checkbox"/> 授乳補助 <input type="checkbox"/> おむつ交換補助 <input type="checkbox"/> 沐浴補助 <input type="checkbox"/> 就学前のきょうだいの援助 <input type="checkbox"/> その他(サービス内容の詳細(P.4)をご確認ください) <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 利用上の注意事項の確認(重要) | <input type="checkbox"/> 利用上の注意事項(P.3)及びサービス内容の詳細(P.4)を確認し、了承した上で申請します | | | | |
| 減免申請 ※該当の方のみご記入ください | 要綱第8条の規定により以下の減免基準に該当しますので利用手数料の減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 | | | | |