

様式第1号（第5条関係）

産前産後ヘルパー派遣申請書

年 月 日

大河原町長 様

大河原町産前産後ヘルパー派遣を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	氏名		電話番号	
	住所			

出産日又は 出産予定日	年 月 日				
派遣を希望 する理由					
派遣を希望する 期間、時間、回数	期間	年 月 日～		年 月 日	
	時間	時 分～		時 分	
	回数	回			
必要とする サービスの内容	<input checked="" type="checkbox"/> 家事に関すること <input type="checkbox"/> 食事の準備・後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除・整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input checked="" type="checkbox"/> 育児に関すること <input type="checkbox"/> 授乳の介助 <input type="checkbox"/> おむつや衣類の交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助・育児支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
緊急連絡先	住所			電話	
	氏名			続柄	

同意書

1. 派遣の可否の決定及び利用料の算定のため、大河原町が保有する公簿等を確認することに同意します。
2. 世帯の状況や健康状態を委託業者に提供することに同意します。

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

※同居する成人の方全員が署名してください。