

遊佐町エンゼルヘルパー派遣利用申請書

年 月 日

(あて先) 遊 佐 町 長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_  
 fax \_\_\_\_\_  
 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

次のとおり、ヘルパー派遣を利用したいので申請します。

利用者	氏名			生年月日	昭和・平成	年	月	日生( 歳)	
	住所	遊佐町	字			TEL	fax		
	出産(予定)日	年	月	日	母子健康手帳番号				
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考				
世帯区分		① 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 ② 所得税非課税世帯 ③ その他の世帯							
申請理由		① 出産直後で昼間介助者がいないので、家事や育児に困難を来している ② 多胎のため、家事や育児に困難を来している ③ その他( )							
サービスを利用する日時等		※裏面にご記入ください。							
希望するサービスの内容 希望するサービスに☑を付けてください。 ※買い物等の居宅外サービスで要した交通費等は利用者の実費負担となります。		育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ( )			家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ( )		
希望事業者名		(第1希望) (第2希望)							

\*記入不要

	利用日	派遣回数	利用時間	派遣事業者	備考
1		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
2		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
3		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
4		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
5		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
6		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
7		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
8		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
9		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		
10		①	: ~ :		
		②	: ~ :		
		③	: ~ :		

11	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
12	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
13	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
14	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
15	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
16	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
17	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
18	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
19	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		
20	①	:	~	:		
	②	:	~	:		
	③	:	~	:		

(備 考)