

北九州市産前産後子育て支援ヘルパー派遣事業利用申請書

令和 年 月 日

(あて先) 北九州市長

北九州市産前産後子育て支援ヘルパー派遣事業の利用について、下記のとおり申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	氏名		母子健康手帳 番号	—
	住所	(〒 —) 北九州市 区		
	連絡先	電話番号		
	対象者区分 (該当するものに☑)	日中、家族などから家事や育児の支援が受けられず、次に該当します。 <input type="checkbox"/> 1歳未満の子どもがいる <input type="checkbox"/> 3歳未満の子どもが二人以上いる <input type="checkbox"/> 妊娠中(予定日 年 月 日)で体調不良により援助が必要 <input type="checkbox"/> 流産又は死産から1年以内で体調不良のため家事等が困難		
対象となるお子さん について	氏名		生年月日	
			令和 年 月 日 (歳)	
			令和 年 月 日 (歳)	
希望するサービスに ついて 該当するものに☑	家事 支 援	<input type="checkbox"/> 食事の準備・片付け	育 児 支 援	<input type="checkbox"/> 授乳の準備・介助
		<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修		<input type="checkbox"/> おむつ交換・着替えの介助
		<input type="checkbox"/> 居室等の掃除、整理整頓		<input type="checkbox"/> 沐浴の介助
		<input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物		<input type="checkbox"/> きょうだい児(就学前)の世話
		<input type="checkbox"/> 郵便物の送付等		<input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備
		<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()
利用希望日時	令和 年 月 日 時 分 から 時 分			
《同意書》 以下の内容について、 <input type="checkbox"/> 同意します (同意の場合は☑を記入)				
・利用料金、交通費、キャンセル料の支払いについて。 ・利用申請書を北九州市へ提出し、要件審査のために住民基本台帳による調査を行うこと。 ・市が養育状況確認のために申請者に連絡すること及び今後の保健福祉サービスにつなげるため、市が情報を共有すること。 ※同意できない場合は、本事業を利用できません。				