

受付番号	
------	--

立山町産前産後ヘルパー派遣事業利用申込書

年 月 日

(宛先)
立山町長

申込者氏名

下記のとおり、ヘルパー派遣を申し込みます。

利用者	氏名					年 月 日生
	住所	(アパート等の場合は方書、号数まで記入) (電話) () - () (日中連絡のとれる電話番号・携帯等) () - () (メールアドレス) ※連絡がとれない場合、派遣事業者からメールで連絡が行くことがあります。				
	緊急連絡先	(電話 () - ())				
出産(予定)日	年 月 日 (予定)			母子健康手帳番号		
身体状況	・妊娠中 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり() ・出産後 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり()					
世帯状況	氏名	続柄	生年月日	職業・学校	備考	
派遣希望	事業者名					
	サービスの内容 ※該当する区分にV印を記入	家事に関すること <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <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"/> その他()	育児に関すること <input type="checkbox"/> 授乳の補助 <input type="checkbox"/> オムツ交換の補助 <input type="checkbox"/> 沐浴の補助 <input type="checkbox"/> きょうだいの世話(送迎を除く) <input type="checkbox"/> その他()			

〈同意書〉
立山町産前産後ヘルパー派遣事業利用にあたり、本利用申込書の内容やその他利用者の情報を、町と委託事業者が情報を共有することに同意します。
また、この事業の審査にあたり、町職員が利用者が属する世帯の課税状況を確認することに同意します。

年 月 日 申請者氏名

※ 転入の方は課税状況が確認できないため、非課税証明書を提出ください。
※ 非課税証明書は、世帯全員分が必要です。

- (注) 次のいずれかに該当する場合には、原則としてヘルパーを派遣しません。
 (1) 本人又は同居する家族が感染症を有すると認められるとき。
 (2) 町が実施する養育支援訪問事業等によって、家事又は育児の支援を行うヘルパーの派遣を受けることが決定したとき。
 (注2) 申込の事項に変更が生じたとき又は利用を廃止するときは、速やかに立山町保健センターに連絡してください。
 (電話番号 076-463-0618)

町処理欄 ※ここから下は、記入しないでください。

世帯の区分 町民税課税世帯 町民税非課税世帯 生活保護世帯

※記載された個人情報は立山町産前産後ヘルパー派遣事業以外の業務には使用しません。