様式第1号（第8条関係）

受付番号	

高岡市産前産後ヘルパー派遣事業利用申込書

年　　月　　日

高岡市長　あて

申込者氏名

下記のとおり、ヘルパー派遣を申し込みます。この申込にあたり、住所や出生日等を確認されることや、サービス提供に関して他の機関と連携したり、訪問されることについて同意します。

利用者の状況	氏　　名		昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）	
	住　　所	〒 高岡市　　（アパート等の場合は方書、号数まで記入） （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	
	身体の状況	・妊娠中　　□異常なし　□ あり（　　） ・出産後　　□異常なし　□ あり（　　）		

世帯の状況	氏　　名	続柄	生年月日	職業・学校	備　　考
	（生計中心者）				

※（　）に○印をつける（直近年度の課税状況）

（　　）課税世帯　（　）市民税非課税世帯　（　）生活保護世帯

※ 証明書類の添付が必要です。

派遣希望					
	事業者名				
	サービスの内容 ※該当する区分に✓印を記入	家事に関すること	□調理 □衣類の洗濯、補修 □居室等の掃除、整理整頓 □生活必需品の買物 □その他（　　）	育児に関すること	□授乳の手伝い □オムツ交換の手伝い □沐浴の手伝い □きょうだいの世話（送迎を除く） □その他（　　）
備　　考					

（注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には、原則としてヘルパーを派遣しません。

（注2）高岡市子育て世帯訪問支援事業等によるヘルパーの派遣を受けることが決定したときは、ヘルパーを派遣しません。

（注3）申込の事項に変更が生じたとき又は利用を廃止する必要が生じたときは、速やかに高岡市へ連絡してください。