

鬼北町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

鬼北町子育て支援ヘルパー派遣申請書兼同意書

次のとおり事業を利用したいので、鬼北町子育て支援ヘルパー派遣事業実施要綱第7条の規定により申請します。

利用者	ふりがな		生年	
	氏 名		月日	年 月 日
	住 所		電話 番号	
出産日	年 月 日	出産予定日	年 月 日	
世帯の 状況	氏 名	続 柄	生年月日	勤務先・学校の名称
申請理由	①（ ）妊娠している（母子健康手帳の交付を受けている。）。 ②（ ）産後12か月以内である。 ③（ ）やむを得ない事由があると町長が認めるとき。			
利用希望の 事業内容	家事に関するもの	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 （ ）	育児に関するもの	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 病院受診や健診等の同行 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 （ ）
	利用期間	年 月 日から	年 月 日まで	
同 意 欄				
(1) 町と事業者との間で、必要に応じて個人情報共有すること。 (2) 保健センターとの間で、必要に応じて情報共有すること。 (3) 事業の利用日等は、事業者と直接調整すること。 上記の事項に同意します。 鬼北町長 殿				
		年 月 日	申請者 氏名	