



記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

申請日	年 月 日	利用者番号				
申請者	氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	S・H 年 月 日生 () 歳			
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> 尼崎市に住民登録しています 尼崎市				
	日中連絡のとれる連絡先	緊急連絡先	氏名 電話	続柄		
	妊娠中の方のみ記載	(出産予定日) 年 月 日 (母子健康手帳番号)				
世帯構成 (申請者除く)	氏名	続柄	生年月日	職業等	備考(疾患等記載)	
<input type="checkbox"/> 現在、多胎児を妊娠中又は多胎児を出産						
世帯区分 (○を記入)	() 市町村民税課税世帯					
	() 市町村民税非課税世帯					
	() 生活保護世帯					
申請理由	<input type="checkbox"/> 体調不良等により家事又は育児が困難であり、日中に家族等の協力者がいないため。 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用希望日時等	開始希望日： 年 月 日 希望曜日： <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 希望なし 利用頻度： <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他 () 希望時間帯： ()					
(希望する支援内容をつけてください)	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け			育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳の介助
		<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修				<input type="checkbox"/> おむつ交換
		<input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓				<input type="checkbox"/> 沐浴の介助
		<input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物				<input type="checkbox"/> 兄弟児の世話
		<input type="checkbox"/> その他必要な家事援助				<input type="checkbox"/> 保育園等の送迎
	()			<input type="checkbox"/> 外出の付き添い		
※申請者が日常的に行っている家事に限ります			()			
(注意事項) 別紙ヘルパー支援内容をご確認の上記入して下さい。 外出の付き添い及び買物等のために要した交通費等は、利用料とは別に実費負担が必要となります。 希望利用日時等は、事業所の状況によっては希望に添えない場合があります。						

※裏面も記入して下さい。

同意書

尼崎市長様

- 自己負担額の決定に関して、世帯に属する市町村民税を尼崎市が閲覧することに同意します。
(市民税非課税世帯・生活保護世帯のみ)
- 産前産後ヘルパー派遣事業を実施する事業者の請求に対して費用を支払うことを誓約します。
- 利用にあたって、市と事業者が相互に情報提供することに同意します。

年 月 日 申請者氏名

今回ご記入いただきました個人情報は、産前産後ヘルパー派遣事業及び関連する支援の実施及び評価のために使用し、それ以外の目的で使用されることはありません。

【尼崎市記入欄】 下欄は記入しないでください。

利用承認	承認 ・ 不承認
利用料	800円/時間 ・ 400円/時間 ・ 自己負担なし
利用時間数	40時間 ・ 80時間
派遣事業者	
備考	