

育児支援ヘルパー派遣利用申請書

狛江市長 宛て

保護者 住所 〒
 狛江市 _____
 氏名 _____
 電話 () _____

狛江市育児支援ヘルパー派遣事業実施要綱第9条の規定により、育児支援ヘルパー派遣の利用を申請いたします。

該当家庭 (記入不要)	産前家庭 ・ 産後家庭 ・ 多胎家庭 ・ 要支援家庭			
家族の状況	フリガナ 氏名	続柄	性別	生年月日（又は予定日）
申請理由				
派遣希望日	産前	出産予定日 ____/____ の1月前	希望時間帯	: ~ :
	産後	退院(予定)日 ____/____ から3月以内	希望時間帯	: ~ :
	その他該当する日		希望時間帯	: ~ :
緊急時の 連絡先	保護者の氏名又は勤務先名			
	住所			
	電話番号			
希望する業務内容	(該当する項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 育児に関すること。 <input type="checkbox"/> 家事に関すること。 <input type="checkbox"/> 助言及び相談			
利用負担金 (1時間当たり)	(該当する項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 1,000円 <input type="checkbox"/> 500円 (住民税非課税世帯) <input type="checkbox"/> 無料 (生活保護世帯、その他)			

私は、この申請書記載の情報が委託事業者及びヘルパーに提供されること及び利用負担金の決定にあたり、狛江市が保有する課税資料等を狛江市担当職員が閲覧することに同意します。

署名 _____