

様式第1号 (第7条関係)

伊予市子育て支援ヘルパー派遣申請書兼同意書

年 月 日

伊予市長 様

私は、伊予市子育て支援ヘルパーの派遣を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名				生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住所	〒 伊予市			連絡先自宅： 携帯：			
	出産日 (出産予定日)	年 月 日 <input type="checkbox"/> 予定日 (予定日の場合はレを付けてください。)			緊急連絡先 (氏名・電話)			
世帯 構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢		
階層区分 (市で確認し記入します。)	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯又はひとり親世帯 ※生活保護世帯の方は、生活保護受給証明書が必要です。							
申請理由 (<input type="checkbox"/> にレを付けてください。)	<input type="checkbox"/> 日中、身近に支援者がいない。 <input type="checkbox"/> 妊娠中で心身の不調があるため、家事又は育児支援が必要 <input type="checkbox"/> 1歳未満の乳児 (人) の養育中であるため、家事又は育児支援が必要 <input type="checkbox"/> 就学前の子ども (人) がおり、病気等であるため、家事又は育児支援が必要 <input type="checkbox"/> その他 ()							
希望するサービス (<input type="checkbox"/> にレを付けてください。)	家事支援	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <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"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> 郵便物の郵送等 <input type="checkbox"/> その他 ()			育児支援	<input type="checkbox"/> 授乳の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> もく浴介助 <input type="checkbox"/> 健診等の付添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望事業者名								
希望開始日	年 月 日頃から開始希望							
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 本人確認証明書 (運転免許証・保険証)							
同意欄 (申請者が記載してください。)	(1) 子育て支援ヘルパー派遣事業の利用審査及び利用者負担額決定の審査に当たり、市が申請者及びその世帯員の市民税課税資料、住民基本台帳等、事務処理に必要な資料を閲覧することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等を提供します。 (2) 市が実施事業者に対し、子育て支援ヘルパー派遣事業の実施に当たり必要となる利用者の情報等を提供することに同意します。また、実施事業者が、サービスの利用状況等を市へ情報提供することについても同意します。 (3) 子育て支援ヘルパー派遣事業者が請求する利用者負担額等を、指定期日までに支払います。 (4) 母子に医療行為が必要と判断された場合、子育て支援ヘルパー派遣事業が利用できなくなることに同意します。 年 月 日 氏名							