様式第1号(第６条関係)

氷川町産前産後ホームヘルプサービス事業実施登録申請書

年　　月　　日

　氷　川　町　長　様

(派遣対象者)住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話

　産前産後支援ホームヘルプサービスの派遣を受けたいので，次のとおり登録を申請します。

　また，下記の記載内容については，情報を派遣する委託事業者で利用することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同居世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先 | 備考 |
|  | 父 |  |  |  |
|  | 母 |  |  |  |
|  | 子 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

現況について，該当する項目に○をしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体状況 | 1　妊娠中：異常なし・あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  　2　出産後：異常なし・あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 利用希望サービス  ※未定の場合は未記入で構いません | 家事支援  　1　食事の準備及び片付け  　2　衣類の洗濯及び補修  　3　居室等掃除及び整理整頓  　4　生活必需品の買物  　5　その他(　　　　　　　) | 育児支援  　1　授乳  　2　おむつ交換  　3　沐浴介助  　4　兄弟の世話  　5　その他(　　　　　　　) |
| 申請理由 | 1　日中家族等の援助がなく，家事や育児を行うことが困難なため  　2　多胎児を出産して1年以内 | |

※添付書類　母子手帳(出生届出済証明)の写し