

受付番号 _____

枚方市多胎児家庭育児支援事業利用申込書【妊娠中の方用】

年 月 日

枚 方 市 長

申請者 〒573-
住 所 枚方市
氏 名
電話番号
緊急連絡先

枚方市多胎児家庭育児支援事業の利用について、次の通り申し込みます。なお、ヘルパー派遣にあたり、申込書に記載された事項を、必要に応じ受託事業者に提供することを承諾します。また、「利用希望期間」については、(出産後、提出された母子健康手帳等のコピーに基づき)市が記入することに同意します。

利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒573-		

対象児については、後日提出予定の、母子健康手帳等のコピーのとおり。
※出産後、母子健康手帳のコピーなど、子どもの氏名、生年月日が確認できるものをご提出ください。(郵送可)

同居家族	氏 名	続柄	年齢	備 考

【利用を希望するサービスの種類】
ホームヘルパーの派遣
ファミリーサポートセンター利用料の補助

市担当者記入欄

1. ホームヘルパーの派遣

援助を利用する日時等	利用希望期間： 年 月 日～ 年 月 日の間
	利用希望曜日： ()
	利用希望時間帯： ()
希望する援助内容 (1回につき2時間まで)	育 児 援 助 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> もく浴補助 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ()
	家 事 援 助 <input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <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 ()

希望事業者名	第1希望：() 第2希望：() 第3希望：()
特記事項	(健康状態やアレルギーの有無等、特にホームヘルパー派遣事業者に伝えておく必要のある事項があれば記入してください。)

2. ファミリーサポートセンター利用料の補助	
会員番号	
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日の間
希望する主な援助内容	

※枚方市記入欄

確認書類	母子健康手帳・健康保険証・乳幼児医療証・その他()
派遣事業所	
初回講習	<input type="checkbox"/> 受講済 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未受講
備考	