

高島町子育て支援ヘルパー派遣申請書

年 月 日

高島町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

高島町子育て支援ヘルパー派遣事業を利用したいので申請します。

派遣を必要とする者	住 所	高島町			
	氏 名				
	電話番号	(自宅)	(携帯)		
	緊急連絡先	(名称)	(電話)		
出産（予定）施設名			出産（予定）日		
本人及び家族の状況					
留意事項		①通院：なし・あり（病名： 病院名： ） ②内服：なし・あり（薬名： ） ③アレルギー：なし・あり（種類： ） ④その他配慮が必要なこと（ ）			
派遣期間及び時間※1		派遣希望期間	年 月 日～ 年 月 日		
		派遣希望時間帯	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分		
利用希望サービス※2		<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 授乳の介助 <input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> 居室等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事及び育児支援（ ）			
世帯構成	ふりがな氏名	続柄	生年月日	勤務先（電話番号）	備考

※1 利用開始希望日及び利用希望の時間帯は、ご希望に添えない場合があります
 ※2 利用希望サービスは、申請時に予定しているものを選んでください

情報提供などに関する同意書

わたしは、当申請に関し、次の事項に同意します。

- 利用者負担額の決定のため、高島町が住民基本台帳及び町税等に関する台帳を閲覧することに同意します。
- 当事業を利用するために必要な範囲内で、個人情報の子育て支援ヘルパー派遣事業者提供することに同意します。

氏名 _____