

武蔵野市長 殿

收受印

申請者

住 所 武蔵野市
 (建物名も記入)

フリガナ

氏 名

携帯電話番号

武蔵野市産前・産後支援ヘルパー事業利用申請書

武蔵野市産前・産後支援ヘルパー事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請者の世帯状況等、審査に必要な情報を武蔵野市の保有する公簿等により確認することについて、同意します。

世帯 （ペ ット を 含 む の 状 況）	フリ 氏	ガ 名	続 柄	生 年 月 日	職業、保育園、幼稚園、学校名等	
			申請者本人			
出産（予定）日	年 月 日 出産（予定）			*いずれかに「○」を付けてください。 単胎 ・ 多胎		
利用希望事業者の 優先順位 いずれか1事業者に決まります。	1 日介・シルバー・どんぐり・ひまわりママ・湘南・ホームヘルプセンター武蔵野 2 日介・シルバー・どんぐり・ひまわりママ・湘南・ホームヘルプセンター武蔵野 3 日介・シルバー・どんぐり・ひまわりママ・湘南・ホームヘルプセンター武蔵野 4 日介・シルバー・どんぐり・ひまわりママ・湘南・ホームヘルプセンター武蔵野					
利用を希望する サービス *利用を希望する サービスに「○」を 付けてください。	1 簡単な食事の支度 2 衣類の洗濯 3 居室の掃除 4 沐浴 ^{もく} の補助等 5 食材又は生活必需品の買物 6 健診等の付添い 7 兄弟の世話（8を除く。） 8 兄弟の保育園・幼稚園への送迎 （未就学児・2km以内） *【徒歩・自転車・公共交通機関】により、 （ ）分程度 〔 送り： 時 分 ～ 時 分 〕 〔 迎え： 時 分 ～ 時 分 〕 9 出生児童の世話(多胎家庭のみ生後6カ月以降) 10 その他（ ）					
利用希望時期	*「○」を付けてください。産前・産後		利用開始希望年月	（ ）年（ ）月ごろ～		
その他	里帰り出産の予定はありますか。 【 有 ・ 無 ・ 未定 】 どのくらいの頻度で利用を考えていますか。 【 週（ ）回程度 ・ 未定 】 連絡がつきやすい時間帯を教えてください。 【 いつでもよい・午前・午後・その他（ ）】 サービスご利用の際、気を付けてほしいことはありますか（兄弟の世話等）。 【					

*市記入欄

要件確認	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳（ 第 号） <input type="checkbox"/> 家族から日中の援助が困難・サポート状況 <input type="checkbox"/> ひまわり・ ホームヘルプ希望の場合、食事（あたため程度）の説明 <input type="checkbox"/> 送迎2km以内の説明
------	--