

産前産後安心ヘルプサービス利用申込書

年 月 日

かほく市長 様

(申込者) 住所 かほく市  
氏名

印

産前産後安心ヘルプサービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用者	住所	かほく市		TEL	—
	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	( 歳)
出産予定日 又は出産日	年 月 日 (予定)				
世帯の状況 (本人を除く。)	氏名	生年月日	続柄	備考	
利用を希望する理由	身体状況	<input type="checkbox"/> 妊娠中 異常なし・あり ( ) <input type="checkbox"/> 出産後 異常なし・あり ( )			
	家族状況	<input type="checkbox"/> 核家族である <input type="checkbox"/> 核家族以外は、次の理由による (理由 )			
希望する期間等	希望期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)			
	希望する曜日	月・火・水・木・金 曜日			
	希望時間帯	午前 : 頃・午後 : 頃			
希望するサービスの内容	<input type="checkbox"/> 育児援助 沐浴の手伝い・授乳の手伝い・おむつ交換の手伝い <input type="checkbox"/> 家事援助 調理・食事の片づけ・洗濯・掃除・買い物 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
年 月 日					
上記サービスの利用に係る納付金の額の算定に必要な世帯状況及び税関係の書類を調査することに同意します。					
氏名		印	氏名		印
氏名		印	氏名		印